



UNIVERSIDAD UCINF  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Licenciatura en Nutrición y Dietética

# **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOCALORICO EN OBESOS ADULTOS TIPO I, ATENDIDOS EN CENTRO MEDICO CORPUS**

Tesis para optar al grado de Licenciado en Nutrición y Dietética

ALVARADO BETANCOURT JOSÉ LUIS  
CONTRERAS CABRERA ROSA ESTER  
MORALES MATAMALA RUBEN HERNAN

Profesor guía metodológico: RODRIGO VERA  
Profesor guía disciplinar: NATALIA CONTRERAS

Santiago, Chile

2016



**UNIVERSIDAD UCINF**  
LABOR. CONSTANTIAE TRIUMPHARE



UNIVERSIDAD UCINF  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Licenciatura en Nutrición y Dietética

# **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOCALORICO EN OBESOS ADULTOS TIPO I, ATENDIDOS EN CENTRO MEDICO CORPUS**

Tesis para optar al grado de Licenciado en Nutrición y Dietética

ALVARADO BETANCOURT JOSÉ LUIS  
CONTRERAS CABRERA ROSA ESTER  
MORALES MATAMALA RUBEN HERNAN

Profesor guía metodológico: RODRIGO VERA  
Profesor guía disciplinar: NATALIA CONTRERAS

Santiago, Chile

2016

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a Dios, por habernos guiado y acompañado a llegar a esta instancia.

Queremos dar nuestros más sinceros agradecimientos a la Universidad UCINF, Facultad de Ciencias de la Salud, por ser la casa de estudios que creyó, nos recibió e hizo posible alcanzar una de nuestras metas más anheladas.

También agradecer al director del Centro Medico CORPUS. DR. Yanco Bernal Quintero, por permitirnos realizar nuestra investigación y entregar todo el apoyo administrativo y recursos humanos durante el estudio.

Agradecemos infinitamente a nuestras familias: padres, hijos y compañeros de vida por apoyarnos en este proceso y aguantarnos en esas noches de desvelo trabajando para lograr nuestros objetivos académicos.

Agradecemos también a todas aquellas personas que nos prestaron apoyo central en comunicación y gestión institucional.

## INDICE

Tabla de Contenidos	
Índice.....	1,2,3
Resumen.....	4
Abstrac.....	5
Introducción.....	6
Capítulo I: Presentación del Problema.....	7
A. Antecedentes del problema.....	7,8,9,10
B. Fundamentación del Problema.....	11
- Pregunta de Investigación.....	11
- Hipótesis o supuesto de investigación.....	11
- Objetivo General.....	11
- Objetivos Específicos.....	11,12
C. Justificación de la investigación.....	13,14
D. Viabilidad.....	15
Capítulo II: Marco Teórico.....	16
Marco Teórico Empírico.....	16
Fundamentos Teóricos.....	16
- Obesidad y Sobrepeso.....	16,17,18
- Complicaciones Patológicas.....	18
- Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).....	19,20
- Seguimiento o Monitoreo.....	20,21
Marco Conceptual.....	22
- Adherencia.....	22,23
- Adultez.....	23
- Factores Influyentes en la adherencia al tratamiento.....	23,24

- Predictores de baja adherencia al tratamiento.....	25
Marco Empírico.....	26
Búsqueda de evidencia científica.....	26
- 1. Estudio.....	26,27
- 2. Estudio.....	27,28
- 3. Estudio.....	28,29
Capítulo III: Diseño Metodológico.....	30
A. Paradigma de investigación.....	30,31,32
B. Alcance y diseño de la investigación.....	32,33,34
C. Población y muestra.....	34
- Criterios de Inclusión.....	34
- Criterios de Exclusión.....	34,35
D. Variables de estudio.....	35
- Variable Dependiente.....	35
- Variable Independiente.....	35
- Operacionalizacion de Variable.....	36,37
E. Supuesto de investigación.....	38
F. Instrumentos de recopilación de datos.....	38
G. Metodología de aplicación de instrumentos.....	39
H. Descripción de procedimientos de análisis.....	39,40
Capítulo IV: Presentación y Análisis de Resultados.....	40
- Recolección de datos instrumento de adherencia: Análisis de tablas de frecuencia y representaciones graficas.....	41 – 52
- Conclusiones.....	52,53
- Recolección de datos instrumento de no adherencia: Análisis de tablas de frecuencia y representaciones graficas.....	54 – 60
- Conclusiones.....	60

Capítulo V: Conclusiones y Discusión.....	61
- Discusión.....	61,62,63
- Conclusión Final.....	63,64
Anexos:.....	65
Anexo N°1 “Instrumento de recolección de datos” .....	65,66
- Calificación.....	66
- Resultados.....	66
- Tabulación de respuestas y análisis de resultados.....	67,68
- Tabulación Pregunta N°3 (5 en tabla) “Horarios de alimentación” y análisis.....	69,70
Anexo N°2 “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento hipocalórico de reducción de peso” .....	71,72
- Descripción de Dimensiones.....	73,74
- Tabulación y análisis de resultados.....	75 – 82
Anexo N°3 “Directrices del tratamiento nutricional, pacientes obesos Centro Medico CORPUS” .....	83 – 86
Anexo N°4 “Consentimiento Informado para el Estudio de los “Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico e obesos adultos tipo I, atendidos en el centro médico CORPUS”” .....	87
Bibliografía.....	88,89

## RESUMEN

El propósito de esta investigación es reconocer los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento nutricional, entregados a pacientes con obesidad grado 1, identificando y caracterizando las posibles causas con el fin de entregar una mirada holística a los tratamientos hipocalóricos enfocados en aquellas poblaciones con algún grado de obesidad.

La investigación se llevara a cabo en el Centro Medico Corpus CETEM, donde se recopilo la información necesaria de cada paciente con obesidad grado 1, adulto mayor de 18 a 60 años, inscritos en el centro de salud, y que registren a lo menos dos meses de inasistencia.

Se analizaron todos aquellos pacientes inscritos en el mes de enero del 2016 realizando una encuesta de adherencia y otra encuesta para analizar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico en aquellas personas que abandonaron el tratamiento.



## ABSTRAC

The purpose of this research is to recognize the factors that influence the non-adherence to nutritional therapy, of the patients with obesity degree 1, identifying and characterizing the causes in order to deliver a look holistic for low in calorie treatments focused on populations with some degree of obesity.

The research will take place at the Centro Medico Corpus CETEM, where collected the necessary information from each patient with obesity grade 1, older adult from 18 to 60 years, enrolled in the health centre, and which recorded at least two months of absence.

analyzed all those patients registered in the month of January of the 2016 performing a survey of adhesion and another survey to analyze them factors that influence in it not adherence to the treatment low-calorie in those people that abandoned the treatment.

## INTRODUCCION

El ejercicio de nuestra profesión requiere de una conexión con el paciente, mas allá de su estado nutricional o de sus propios objetivos, permitiendo la correcta orientación del tratamiento a prescribir. Dicha conexión nos otorga, hasta cierto punto, un carácter psicosocial pero, ¿estamos siempre a la altura de este requerimiento o sólo hacemos nuestro trabajo? Esta interrogante nos ha llevado a asumir que, un gran porcentaje de pacientes no se siente comprendido por parte del profesional, lo que influye, en gran medida, en la deserción al tratamiento.

De lo anterior es que se considera, de suma importancia, el hecho de investigar si esta actitud y otros factores que derivan de la misma, a veces tan propia de los profesionales, es uno de los motivos que desencadenan abandono y fracaso de los tratamientos nutricionales, con el fin de advertir en la corrección actitudinal de nuestros pares e incrementar la tasa de éxito y conformidad de nuestros pacientes quienes, ante todo, son personas y viven circunstancias que no nos pueden ser indiferentes.

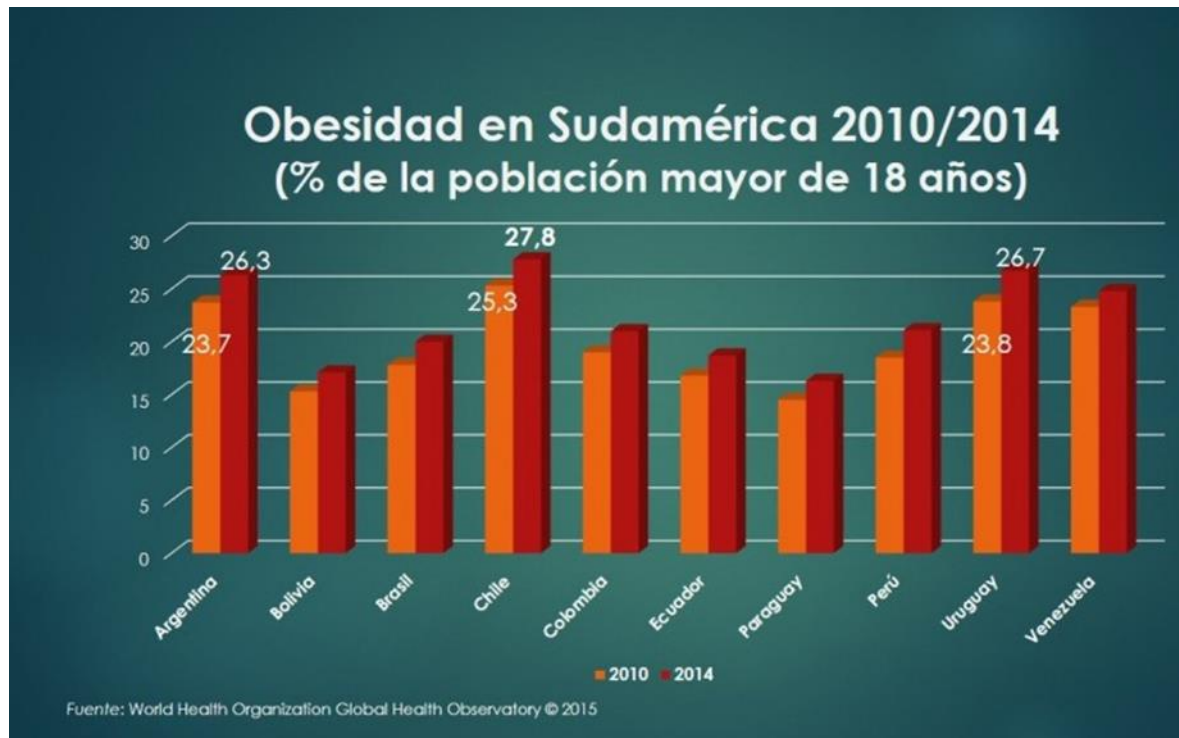
## **Capítulo I: Presentación del problema**

### **A. Antecedentes del problema:**

Según un informe realizado el año 2012 por las Naciones Unidas, la obesidad se convirtió en un problema mucho más grave que la desnutrición. Las consecuencias de la mal nutrición por exceso ya son cuestiones de estados a nivel regional y mundial. Según el informe, en el mundo hay 1300 millones de personas con exceso de peso, lo cual se traduciría en múltiples enfermedades que derivan en más de 3 millones de muertes anuales.

La obesidad y el sobrepeso a la larga, conlleva a lo que se conoce como enfermedades crónicas no transmisibles como son: la diabetes, problemas cardiacos de todo tipo, hipertensión arterial, complicaciones óseas a largo plazo y múltiples desordenes metabólicos.

Por su parte Chile presenta un panorama similar de crecimiento porcentual de sobrepeso y obesidad, según un estudio realizado por el Observatorio Global de Salud (2015), departamento dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población chilena lidera los índices de obesidad a nivel sudamericano, siendo éste un problema de salud que está afectando al 27,8% de la población nacional.



Conociendo estos resultados, la presente investigación pretende dar una mirada más amplia en torno al control y tratamiento de la obesidad, describiendo los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico, siendo la población, pacientes obesos con grado de obesidad tipo 1.

El estudio fue realizado en pacientes que presenten ausencia al tratamiento nutricional de a lo menos dos meses, que se hayan inscrito en el mes de enero del año 2016 y estén controlados en el centro médico Corpus, especializado en control de obesidad en la comuna de Santiago de Chile.

Cabe señalar que uno de los términos referidos adherencia, es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado<sup>1</sup>. En sentido general, el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del profesional, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y en sus características psicológicas y sociales<sup>2</sup>.

Las medidas que existen para mejorar la adherencia en tratamientos contra la obesidad aún no han sido comprobadas. Sin embargo el identificar aquellos pacientes con dificultad para adherirse a los tratamientos es el primer y fundamental paso para hacer efectivo un tratamiento. De ahí, la importancia de dar una mirada más amplia al enfoque que analizamos al momento de prescribir un tratamiento nutricional.

El estudio de la presente investigación, se realizó bajo un enfoque no experimental de corte transversal, descriptivo. Se recogen y analizan datos sobre variables cuantificadas y se determina la asociación entre las variables, para así descubrir a la población en estudio.

---

1.M. Donis, MT. Torres, D. Orozco, J. Merino, F. Piñeiro, V. Gil (1997). Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente. ELSEVIER (20) (8)  
2.Martín Alfonso (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. SCielo (30)(4)

La cuantificación incrementa y facilita la comprensión del universo al que pertenece el punto de estudio y lo descriptivo caracteriza el comportamiento en la toma de medicación, para luego establecer una relación con las variables de consecuencia de ésta.

Es de tipo transversal porque es una observación sin seguimiento, en un momento de tiempo, determinándose los efectos.

La práctica de la nutrición en la cotidianidad, nos entrega indicios de la relación que existe entre un tratamiento nutricional bien enfocado, el compromiso del paciente, el compromiso del profesional para con el paciente y su estado de salud<sup>3</sup>, la complicidad que podría gestarse entre ambos participantes, el motor que lo impulsa a conseguir su objetivo y la rapidez con la cual pretende lograrlo, siendo todos estos factores importantes al momento de valorar la adherencia a un tratamiento, tanto nutricional, físico y psicológico.

En resumen por todo ello, es que resulta tan importante medir los indicadores que llevan a los pacientes a dejar un tratamiento hipocalórico, basándose en la evidencia científica y aportando una mirada holística a un determinado tratamiento, investigando las causas y/o consecuencias que llevan a tomar la decisión de abandonar un determinado tratamiento nutricional.

---

3. Alan M. Delamater (2006). La mejora de la adherencia del paciente. *Clinical Diabetes* (24)(2): 71-77

## **B. Fundamentación del Problema:**

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento nutricional hipocalórico, en pacientes obesos tipo I atendidos en el centro médico Corpus?

### **Hipótesis o Supuesto de Investigación**

Este estudio no contiene hipótesis ya que es una investigación descriptiva de la cual no se está buscando causas sino más bien identificando características y no proposiciones en el estudio.

### **Objetivo General:**

Analizar los factores socioeconómicos, relacionados con el sistema de salud, tratamiento y relacionados con el paciente que influyen en la no adherencia al tratamiento nutricional en pacientes obesos tipo I, atendidos en el centro médico Corpus ubicado en la comuna de Santiago.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar al grupo de pacientes obesos tipo I que no adhieren al tratamiento hipocalórico, dentro del universo de pacientes obesos tipo I del centro médico Corpus, ubicado en la comuna de Santiago.

- Identificar los factores socioeconómicos que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico en pacientes adultos obesos tipo I, atendidos en el centro médico Corpus, ubicado en la comuna de Santiago.
- Identificar los factores relacionados con el sistema de salud que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico en pacientes adultos obesos tipo I, atendidos en el centro médico Corpus, ubicado en la comuna de Santiago.
- Identificar los factores relacionados con el paciente que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico en pacientes adultos obesos tipo I, atendidos en el centro médico Corpus, ubicado en la comuna de Santiago.
- Identificar los factores relacionados con el tratamiento que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico en pacientes adultos obesos tipo I, atendidos en el centro médico Corpus, ubicado en la comuna de Santiago.
- Caracterizar los factores socioeconómicos, del sistema de salud, tratamiento, y relacionados con el paciente que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico en pacientes obesos tipo I, atendidos en el centro médico Corpus, ubicado en la comuna de Santiago.



### **C. Justificación de la investigación**

La finalidad del estudio es reconocer los factores que influyen en el fracaso de la adherencia al tratamiento nutricional contra la obesidad, para mejorar la asesoría profesional y aportar una mirada holística a la necesidad de un tratamiento exitoso.

La escasa adherencia terapéutica puede adoptar diversas formas como: dificultades para iniciar el tratamiento, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificaciones de hábitos y estilos de vida perjudiciales y la práctica de la automedicación<sup>4</sup>.

En relación a la adherencia al tratamiento nutricional, se destaca el menor desarrollo de estudios sobre este componente del tratamiento en particular, existiendo también un mayor número de trabajos cuantitativos en comparación con los cualitativos.

Las investigaciones cuantitativas se han enfocado en la identificación del grado de seguimiento de las pautas alimentarias recomendadas, su correlación con algunos indicadores del control metabólico y ciertas variables influyentes. Los métodos empleados han sido variados, ya que no existe una técnica de referencia que permita medir la adherencia al tratamiento nutricional, entre ellos se destacan: técnicas de auto reportes, frecuencia de consumo y recordatorio de 24 horas.

---

4.Fuster Valentín (2012). Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica).Revista española de cardiología (65)(2): 10-16

Los resultados de estas investigaciones también han sido irregulares, variando entre los distintos estudios y las distintas patologías. Algunos estudios sobre la adherencia al tratamiento nutricional de enfermedades crónicas, como es el caso de la Diabetes, han señalado que ciertas conductas alimentarias presentan mayores dificultades en su seguimiento, reportando un consumo de grasas mayor a lo recomendado y una escasa ingesta de frutas y vegetales<sup>5</sup>.

Algunos de los factores que se han relacionado con la adherencia al tratamiento nutricional son: factores sociodemográficos, tales como sexo, edad, estado civil, nivel educativo y la ocupación; obstáculos psicosociales e impedimentos establecidos por los trabajadores de la salud; tales como la mala actitud del personal de salud, limitada educación clínica y nutricional. Por su parte, los estudios cualitativos han permitido la exploración en profundidad de las opiniones sobre el proceso de adherencia terapéutica desde la perspectiva de los implicados, centrándose básicamente en la comprensión de los factores influyentes en el seguimiento del tratamiento nutricional. En este sentido, el comportamiento alimentario de la familia y de otros grupos de pertenencia, los propios hábitos y preferencia alimentarias, el escaso apoyo social, los aspectos económicos, la relación con el equipo de salud, la escasa percepción de autoeficacia, así como la falta de hábitos y conocimientos para llevar el tratamiento nutricional adelante, han sido identificadas como barreras para la adherencia a las nuevas conductas alimentarias.

---

5. Ana Ibáñez, Ana Laura Meroni y Luisa Saravia (s.f.). Adherencia al tratamiento nutricional en enfermedades crónicas.

#### **D. Viabilidad**

Se necesitan recursos humanos, específicamente de los profesionales nutricionistas, capaces de llevar a cabo la investigación. Además de recursos materiales tales como: hojas de papel, impresora, tinta para impresora, computador con programa office habilitado en archivos Excel.

En relación a los recursos financieros, los costos por conceptos de materiales son mínimos, considerando el tamaño de la muestra. No se incurrirá en otros gastos, ya que el estudio se realizara dentro de la RM.

Ética:

Se entregará documento de consentimiento informado y acuerdo de confidencialidad.

## Capítulo II: Marco Teórico.

### Marco Teórico Empírico

#### Fundamentos Teóricos

#### Obesidad y Sobrepeso<sup>6</sup>

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ).

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

---

6. Organización Mundial de la Salud (2016). Obesidad y Sobrepeso. 311

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

En el mundo, se ha producido:

- Un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- Un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencias de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, agricultura, transporte, planeamiento urbano, medio ambiente, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, además de educación.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles como:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que entre el 2002 y 2012 fueron la causa principal de defunción; la diabetes y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon).

- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy incapacitante).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el incremento del IMC.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Pero además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

### **Complicaciones Patológicas**

Se hace referencia a las complicaciones patológicas, en este estudio, como aquellas patologías adquiridas por desórdenes alimenticios, típicos en pacientes con sobrepeso y obesidad sin control de su condición o estado nutricional. Se trata entonces de las conocidas ECNT.

## Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

Son enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven espontáneamente y que rara vez logran una curación total. A nivel mundial, son responsables del 63% de las muertes equivalentes a 36 millones de muertes por año, un 25% de estas en menores de 60 años por lo que la detección precoz y el tratamiento oportuno de estas patologías es prioritario<sup>7</sup>.

Dentro del grupo de ENT destacan las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, patologías prevenibles relacionadas a estilos de vida no saludables como tabaquismo, alimentación no saludable, inactividad física y consumo excesivo de alcohol.

En Chile, al igual que en la mayoría del mundo, las ENT son la principal causa de muerte.

Las ECV y los tumores malignos dan cuenta de más de la mitad de las muertes con 27.1% y 25.8% respectivamente en el año 2011<sup>8</sup>.

---

7. Gobierno de Chile (2015). Ministerio de Salud.

8. Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y MINSAL, Indicadores Basicos de Salud Chile 2013.

Las ENT y sus factores de riesgo han sido priorizadas en los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 con metas específicas para cada patología, así como para los principales factores de riesgo, contribuyendo así al control de estos a través de una detección y tratamiento oportuno, previniendo complicaciones, discapacidad y mortalidad prematura<sup>9</sup>.

### **Seguimiento o Monitoreo**

Un buen programa de salud sobre una determinada enfermedad, debe utilizar los datos recopilados sistemáticamente sobre la atención a los pacientes, para sentar las bases de la gestión del programa. En general, se recomienda un registro trimestral que permita formular informes que reflejen el estado de salud periódico de los pacientes y detectar complicaciones en el tratamiento, incentivando así a la modificación de este con objeto de continuar la evolución positiva de los involucrados<sup>10</sup>.

El seguimiento o monitoreo entonces, comprende una de las fases fundamentales en el tratamiento del sobrepeso y obesidad, ya que permite la intervención oportuna del profesional cuando el ánimo del paciente este decreciendo y así evitar la deserción.

Es probable que en un gran número de deserciones en los tratamientos de control de peso, sean producto de un monitoreo deficiente debido a un mal programa de monitorización. Nos referimos en este último punto a la política que sigue el programa de tratamiento frente a las opciones de control que se podrían efectuar, tales como



visitas domiciliarias, asistencia de compra o, eventualmente, compromiso profesional en otros ámbitos relacionados con el tratamiento como sería el programa de acondicionamiento físico, por ejemplo.

---

9. Ministerio de Salud (MINSAL) (2011), Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

10. Organización Mundial de la Salud (Revisión 2015). Guía para el monitoreo y la evaluación de las actividades de colaboración TB/VIH.

## **Marco Conceptual**

### **Adherencia**

Se define como el grado de coincidencia entre la prescripción médica y el comportamiento del paciente<sup>11</sup>.

La adherencia terapéutica es entendida como el grado en que el comportamiento de una persona (toma de medicamentos, régimen alimentario y cambios en el estilo de vida) se ajusta a las indicaciones médicas (OMS, 2004), siendo la falta de ésta una de las principales causas del fracaso terapéutico.

Por lo tanto, al hablar de la adherencia estamos haciendo referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ellas se incluyen (tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo), y complejo porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y a una parte del tratamiento pero no a otras.

Componentes de la adherencia<sup>12</sup>.

- Persistencia
- Cumplimiento
- Horarios
- Dosis/Raciones
- Frecuencias

- Aceptación
- Enfermedad
- Tratamiento

## **Adultez**

Etapa de la vida comprendida entre los 18 a los 59 años. Se diferencian dos etapas dentro de este rango etario. La primera es el denominado adulto joven 18-40 años y adultos maduros entre los 40-60 años de edad, respectivamente<sup>13</sup>.

## **Factores Influyentes en la adherencia al tratamiento<sup>14</sup>**

Circunstancias que contribuyen a que los pacientes presenten adhesión o rechazo a un tratamiento determinado.

Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica:

- Factores relacionados con la enfermedad
  - Patologías concomitantes
  - Ausencia de síntomas
  - Tiempo de evolución
  - Expectativas de curación
  - Aceptación
- Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria:
  - Confianza recíproca

- Continuidad asistencial
- Accesibilidad
- Satisfacción laboral
- Factores socioeconómicos
  - Situación laboral
  - Nivel educativo
  - Condiciones de vida
  - Creencias populares
- Factores relacionados con el tratamiento
  - Complejidad
  - Confianza en efectividad
  - Efectos colaterales
  - Estilo de vida
- Factores relacionados con el paciente
  - Conocimiento de la enfermedad
  - Necesidad del tratamiento
  - Motivación
  - Estado cognitivo y afectivo

---

11. Dra. Mónica Fuentes (2008). Importancia de la Adherencia al Tratamiento en las Enfermedades Crónicas, Acapulco, Guerrero.

12. Dr. José Ramón Ara. (2009). Adherencia en las enfermedades crónicas. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

13. Vidalma del Rosario Bezares S., Reyna María Cruz B., Magaly Burgos de Santiago, Martha Eugenia Barrera B (2012). Evaluación del estado de nutrición en el ciclo vital humano, México.

14. Brosens C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. 12(3):116-117

## **Predictores de baja adherencia al tratamiento**

- Problema psicológicos, principalmente depresión
- Alteración cognitiva
- Enfermedad asintomática
- Falta de concienciación sobre su enfermedad
- Incredulidad del paciente sobre el beneficio del tratamiento
- Mala relación médico – paciente
- Falta de asistencia a las citas medicas
- Complejidad del tratamiento
- Coste de la medicación y tratamiento

## **Marco Empírico**

### **Búsqueda de evidencia científica**

#### **1. ESTUDIO**

##### **Nombre de la investigación (a)**

La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso

##### **Autores / Institución / País / Año:**

Laura Inés González Z. , Nubia Amparo Giraldo G., Alejandro Estrada R., Alba Luz Muñoz R., Elizabeth Mesa S., Catalina María Herrera G., año 2002. Servicio de consulta externa del Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

##### **Tipos de estudio / Diseño metodológico.**

Estudio transversal.

##### **Población / Muestra / criterios de inclusión**

Muestra aleatoria de 94 pacientes, 24 hombres y 70 mujeres, entre 20-50 años, quienes estuvieron en un programa de pérdidas de peso.

## **Resultados**

Con respecto a la población estudiada, el 74,5% correspondió al género femenino, el 71,2% alcanzó un nivel a lo sumo de educación secundaria y en relación al nivel socioeconómico según lugar de residencia, el 72% de los pacientes se clasificaron en estratos 2 y 3 (29% y 43% respectivamente).

La principal limitante de este estudio es la ausencia de una estimación precisa de los cambios ocurridos en el tiempo, propia de los estudios transversales.

## **2. ESTUDIO**

### **Nombre de la investigación (b)**

Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad

### **Autores / Institución / País / Año:**

Dra. Brosens, Catalina Medicina familiar, Hospital Italiano de Bs as, año 2009

### **Tipo de estudio / Diseño metodológico:**

Se trata de un estudio observacional.

### **Población / Muestra / Criterios de inclusión:**

Realizado en 18 centros médicos italianos incluyó a 940 pacientes obesos de 25 a 65 años de edad, que buscaban un tratamiento ambulatorio de su obesidad.

## **Resultados:**

Se vio que las dificultades prácticas, solas o combinadas con otras causas, fueron la principal causa de abandono (55%); seguidas por resultados insatisfactorios, asociados con las expectativas de los pacientes (14%); escasa motivación (12%); y confianza en la habilidad de perder peso adicional sin ayuda profesional (9%). Entre las dificultades prácticas, los problemas familiares (30%), problemas en el trabajo (28%), y problemas de distancia (21%).

Que las dificultades prácticas y los problemas psicológicos son las razones más importantes para abandonar el tratamiento, por lo que el lograr una alianza terapéutica que contemple estas cuestiones, tendría un gran potencial para reducir las tasas de abandono y para mejorar los resultados en obesidad.

## **3. ESTUDIO**

### **Nombre de la investigación (c)**

Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición

### **Autores / institución / País / Año:**

Sámano Orozco Luis Fernando Universidad Vasco de Quiroga. México, 200 al 2008.



**Tipos de estudio / Diseño metodológico:**

Estudio no experimental cuantitativo, transversal, correlacional.

**Población / Muestra / Criterios de inclusión:**

147 pacientes de sexo femenino diagnosticados con obesidad y sin patologías asociadas a la misma; edades entre 20 y 65 años, que hayan iniciado y posteriormente abandonado su tratamiento dietético para control de la obesidad antes del cumplimiento de la meta durante el periodo enero diciembre 2008.

**Resultados:**

De las cinco causas de abandono de tratamiento dietético; las expectativas irreales fueron las que mayor correlación mostraron con el abandono del tratamiento. Los periodos vacacionales aunque no muestran una correlación fuerte, fueron también una causa relacionada con el abandono del tratamiento dietético; siendo las vacaciones de verano el periodo en el que más clientes abandonaron su tratamiento. La variable menos relacionada con el abandono del tratamiento fue la presencia de estilos de vida incompatibles con la dieta. Por otra parte, el grupo de edad que mejores avances logro antes de abandonar, fue el grupo de 40 a 49 años. El estrés como causa de abandono de tratamiento mostro relación leve.

## Capítulo III. Diseño metodológico

### A. Paradigma de investigación

Las investigaciones son un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno, siendo uno de estos enfoques los estudios cuantitativos.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), algunas características de este enfoque son las siguientes: para recolectar datos se usan procedimientos estandarizados (que sean aceptados por una comunidad científica); tales datos se representan numéricamente y son analizados por métodos estadísticos; se busca controlar al máximo el procedimiento para excluir otras explicaciones posibles que puedan propiciar incertidumbre o inducir a error, la interpretación que surge del análisis cuantitativo se realiza según las hipótesis o supuestos y la teoría planteada desde un inicio; debe ser lo más “objetiva” posible; los estudios siguen un patrón estructurado; los resultados, al ser representativos de una población, deben ser generalizables a la misma, y la forma como se obtuvieron tales resultados, replicable; y finalmente, se busca explicar y predecir los fenómenos que se estudian, estableciendo regularidades y relaciones entre ellos, para construir y demostrar teorías.

Cuando hacen mención a un tratamiento bien enfocado, nos referimos a la capacidad que posee el profesional de esta rama de la salud, de reconocer los factores que influyen en el estado nutricional, físico y psicológico del paciente, valorando las

posibilidades de contrarrestar los efectos negativos de estos en el estado de salud general del paciente.

De esta manera, poder empatizar con el individuo y detectar el mejor método de trabajo.

En cuanto al compromiso del paciente, es un factor fundamental a la hora de iniciar un tratamiento y, por supuesto, de llevarlo a término con los resultados esperados. El compromiso del paciente se relaciona con la motivación que este tenga para enfrentar su problema, con el motor que lo mueve a cambiar su estilo de vida y con la capacidad que tenga el individuo para comprender los efectos devastadores que tiene su estilo de vida actual. Sin embargo, existe otro nuevo factor fundamental, dentro de este mismo. Hacemos referencia a la actitud con la cual es recibido su caso, por parte del profesional que lo abordará. Esto se relaciona directamente entonces, con el compromiso del profesional.

El compromiso del profesional, no solo se entiende como el desarrollo adecuado del tratamiento por parte del profesional, sino también, con la actitud que este tiene frente a su paciente, es decir, si el paciente se siente comprometido y acogido, sin duda tendremos su compromiso con el tratamiento, pero si nos comportamos como profesionales inasequibles, entonces el paciente se sentirá frustrado y atacado, lo que desencadenará su deserción. Este factor, también se relaciona con la complicidad profesional / paciente.

La complejidad que se pudiese gestar entre el profesional y el paciente, no significa que debamos consentir los desaciertos del paciente, sino que debamos estar para él cuando más nos necesite y sin atacar, sino más bien, haciéndolo ver que un error no significa el fracaso rotundo, solo un retraso en el cumplimiento del objetivo final pero que con trabajo duro se puede revertir. Por otra parte, también tiene que ver con la efectividad del método alimenticio impuesto, si éste provoca un rotundo fracaso, entonces nuestro tratamiento está destinado a ser también un fracaso.

## **B. Alcance y diseño de la investigación**

### **Alcances**

Resultan de la revisión de la literatura y de la perspectiva del estudio. Dependen de los objetivos del investigador para combinar los elementos en el estudio.

El actual estudio corresponde a un alcance Descriptivo porque busca especificar las posibles características que podrían arrojar el grupo de personas a analizar (sampieri 5.ed 2010). Es decir únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. Es decir resulta de útil valor para medir con precisión las dimensiones de los fenómenos, sucesos, comunidad, contexto o situación (sampieri 2010).

## Diseño

### **Este es un estudio, No experimental de corte Transversal, Descriptivo**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2003) establecen cuatro tipos de investigaciones, basándose en la estrategia de investigación que se emplea, ya que el diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintos. Uno de esos estudios es el no experimental, transversal.

**No experimental:** la investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

**Transversal:** recolectan datos en un solo momento, es un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables.

**Descriptivo:** los diseños descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables, estos nos presentan un panorama

del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en determinado momento.

### **C. Población y muestra.**

La población en estudio, abarca a 45 pacientes inscritos en el mes de enero de 2016 de los cuales 36 cumplieron con los criterios de inclusión y presentan un estado de obesidad grado 1, hombres y mujeres mayores de 18 años y menores de 60 registrados en el Centro Médico Corpus CETEM. Muestra recogida por medio de recolección de fichas clínicas.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes inscritos y atendidos en el centro médico Corpus, control de peso y enfermedades cardiovasculares, de la ciudad de Santiago.
- Sexo femenino y masculino.
- Edad mayor de 18 y menores de 60 años.
- Pacientes inscritos en el mes de enero de 2016.
- Diagnóstico de sobrepeso y obesidad tipo 1.
- Pacientes que hayan tenido ausencia de a lo menos dos meses.

#### **Criterios de exclusión.**

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 60 años.

- Pacientes con un estado nutricional normal, o fuera de los rangos de obesidad
- Pacientes con sobrepeso o con un grado de obesidad mayor o igual a 2
- Pacientes que no respondan los instrumentos de estudios.
- Pacientes con menos de dos meses de ausencia
- Pacientes con inscripción antes del mes de enero de 2016 y con fechas posteriores.

#### **D. Variables de estudio.**

Variable se define como una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medir u observarse. (Roberto Hernández Sampieri; Carlos Fernández Collado; Pilar Baptista Lucio, 2003)

**Variable Dependiente:** Adherencia al tratamiento hipocalórico en adultos obesos atendidos en el centro médico corpus.

**Variable Independiente:** Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico en obesos adultos tipo i, atendidos en centro médico corpus.

### Operacionalización de Variables

Variable	Definición teórica conceptual	Dimensiones	Indicadores	Fuente	Instrumento
Adherencia al tratamiento.	<p>Grado de coincidencia entre la prescripción médica y el comportamiento del paciente.</p> <p><b>Fuente:</b> Importancia de la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Dra. Mónica Fuentes, Noviembre 2008, Acapulco, Guerrero</p>	<p>Pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muy mala adherencia al tratamiento.</li> <li>- Mala Adherencia al tratamiento.</li> <li>- Alto riesgo de abandonar el tratamiento.</li> <li>- Buena Adherencia al tratamiento.</li> <li>- Muy buena adherencia al tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- x de 36 pacientes obtuvieron muy mala adherencia al tratamiento hipocalórico.</li> <li>- x de 36 pacientes obtuvieron mala adherencia al tratamiento hipocalórico.</li> <li>- x de 36 pacientes obtuvieron un alto riesgo de abandonar el tratamiento hipocalórico.</li> <li>- x de 36 pacientes obtuvieron una buena adherencia al tratamiento hipocalórico.</li> <li>- x de 36 pacientes obtuvieron una</li> </ul>	<p>Hombres y Mujeres mayores de 18 años y menores de 60 años con obesidad tipo 1 atendidos en el centro médico Corpus.</p>	<p>Encuesta sobre continuidad en un tratamiento hipocalórico de reducción de peso.</p>



			muy buena adherencia al tratamiento hipocalórico		
Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento hipocalórico en obesos adultos tipo i, atendidos en centro médico corpus	<p>Circunstancias que contribuyen a que los pacientes presenten adhesión o rechazo a un tratamiento determinado.</p> <p><b>Fuente:</b> Dr. José Ramón Ara. Adherencia en las enfermedades crónicas. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Septiembre, 2009.</p>	<p>I Factores Socioeconómicos.</p> <p>II Factores relacionados con el sistema y equipo de salud.</p> <p>III Factores relacionados con el tratamiento.</p> <p>IV Factores relacionados con el paciente.</p>	<p>-x de 36 pacientes arrojaron factores socioeconómicos</p> <p>-x de 36 pacientes arrojaron factores relacionados con el sistema y equipo de salud.</p> <p>- x de 36 pacientes arrojaron factores relacionados con el tratamiento.</p> <p>- x de 36 pacientes arrojaron factores relacionados con el paciente.</p>	Hombres y Mujeres mayores de 18 años y menores de 60 años con obesidad tipo 1 atendidos en el centro médico Corpus.	Encuesta para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento hipocalórico o de reducción de peso.

### **E. Supuestos de investigación**

Los principales factores que influyen en la no adherencia al tratamiento nutricional son: la economía, el desaliento como consecuencia de resultados poco evidentes, el entorno, la poca o nula empatía del profesional para con el paciente. Datos analizados según artículos de psicología médica. (Brosens C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. 12(3):116-117)

### **F. Instrumentos de recopilación de datos.**

La recolección de datos se realiza a través de un instrumento (Anexo 1), en forma de encuesta realizada en el domicilio de la persona, o en el centro clínico mismo cuando estos asistían a sus controles para medir adherencia.

La recolección de datos se realiza a través de un segundo instrumento (Anexo 2), en forma de encuesta que se realiza en visita a su domicilio o centro de encuentro o en el mismo centro si es que dentro de la toma de muestra estos asisten a retomar o solicitar información.

### **G. Metodología de aplicación de instrumentos.**

Antes de la entrega de cada cuestionario se le entregara una carta (Anexo 4) en donde el paciente mencionara su interés y aceptación de realizar el cuestionario la cual llevara sus datos como Nombre, Rut y fecha en la cual respondió el cuestionario y firma final.

Se aplicara las encuestas a pacientes en tratamiento a la fecha de la recolección de los antecedentes y se contactará a aquellos pacientes que han dejado el tratamiento. Todo esto durante el periodo del primer semestre del año 2016, apoyados por la base de datos del centro donde se realizará el estudio.

Los datos serán interpretados con un análisis estadístico que valorará cada instrumento según las indicaciones, para su mejor comprensión.

### **H. Descripción de procedimientos de análisis y recolección de datos.**

Los datos para completar el instrumento de evaluación serán recolectados desde un cuestionario de aceptación (Anexo 1). Que se le entregara a cada paciente encuestado en donde responderá a ciertas preguntas y del cual se medirá su nivel de adherencia para los pacientes iniciados en el mes de enero de 2016 y que mantengan controles a la fecha.

Habrá un segundo instrumento el cual será el encargado de identificar los posibles factores que estén influyendo en la no adherencia a un tratamiento hipocalórico el cual

se entregara a cada paciente encuestado (Anexo 2), y del cual se identificaran y caracterizaran aquellos factores vía análisis porcentual.

Cabe señalar que nuestro estudio será aplicado a una muestra de personas que hayan iniciado en el mes de enero, de las cuales se analizaran por medio de la ficha clínica los que continúan hasta la fecha de realización del estudio y las que lo hayan abandonado por un periodo de a lo menos dos meses iniciado el tratamiento.

#### **Capítulo IV: Presentación y análisis de Resultados**

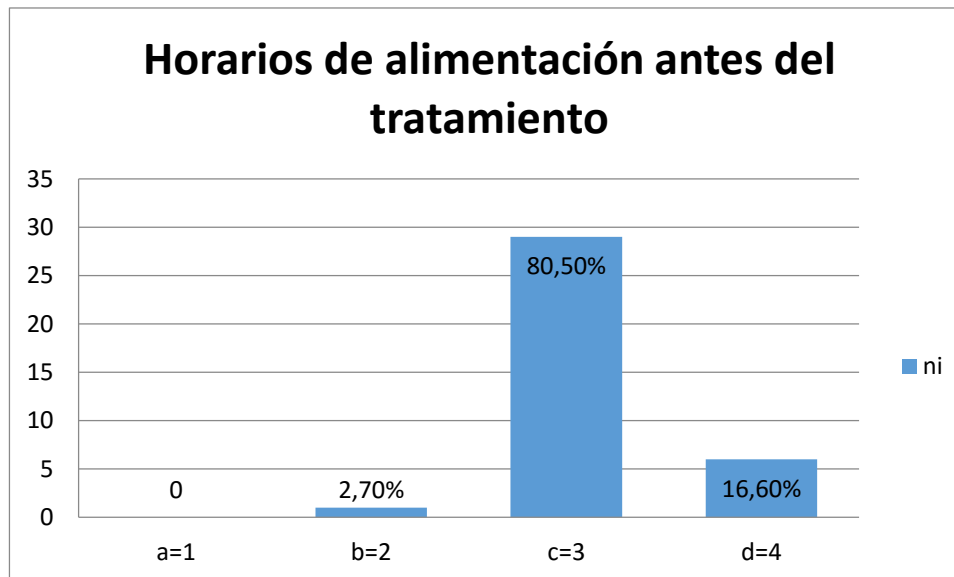
El presente estudio busca, en primera instancia, identificar pacientes obesos, no adherentes a un tratamiento hipocalórico del centro médico Corpus. Para ello, se ha aplicado un instrumento de adherencia, el cual nos entregara el número de pacientes con condiciones sugerentes para permanecer en tratamiento pero, prioritariamente, arrojará también a aquellos pacientes con aptitudes que indiquen deserción. Esto es necesario ya que no se puede señalar como desertor a un paciente, por el simple hecho de ausentarse por una o varias sesiones continuas, si no por el nivel y patrón de sus respuestas.

## RECOLECCIÓN DE DATOS INSTRUMENTO DE ADHERENCIA,

## ANÁLISIS DE TABLAS DE FRECUENCIA Y REPRESENTACIONES GRÁFICAS

**Pregunta 1:** ¿Cuántos horarios de alimentación tenía, antes de comenzar el tratamiento?

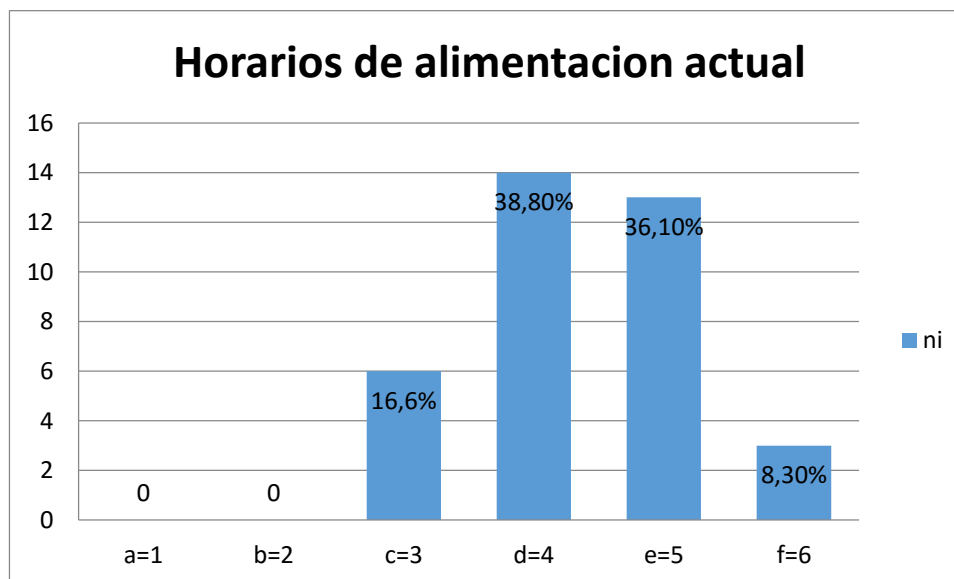
Resp.	ni	fi	fp	Fi
a=1	0	0	0	0
b=2	1	0,03	2,778	1
c=3	29	0,81	80,56	30
d=4	6	0,17	16,67	36
	36	1	100	



De los 36 pacientes participantes en este estudio, el 80,5% refiere haber tenido 3 horarios de alimentación diarios, antes de comenzar el tratamiento de control de peso, lo que claramente, es un factor de riesgo para el incremento de peso y grasa corporal. Por lo tanto, cualquier modificación de este punto, podría significar una correcta adherencia al tratamiento nutricional.

**Pregunta 2:** ¿Cuántos horarios de alimentación realiza actualmente?

Resp.	ni	fi	fp	Fi
a=1	0	0	0	0
b=2	0	0	0	0
c=3	6	0,17	16,6	6
d=4	14	0,39	38,8	20
e=5	13	0,36	36,1	33
f=6	3	0,08	8,3	36
	36	1	100	



Respecto a lo señalado anteriormente, un cambio de la conducta o disciplina horaria, puede ser considerado como un factor de adherencia correcto al tratamiento. En base a esto, se obtiene que un 16,6% de los encuestados señalan no haber modificado sus horarios de alimentación, manteniendo los tres horarios que tenían al momento de comenzar el tratamiento. Es decir, un 20,68% de los pacientes que señalaron realizar 3 horarios de alimentación diarios antes de comenzar el tratamiento nutricional, mantienen este hábito.

Un 38,8% de los participantes refieren realizar 4 horarios de comida diarios. Si consideramos que, en principio, un 16,7% de ellos señalaron realizar 4 comidas diarias y, considerando también que de ellos, el 11,1% mantuvieron este hábito, entonces tenemos un incremento de 27,7% de pacientes cuyo hábito ha mejorado.

El 36,1% de los pacientes señala cumplir con 5 horarios de alimentación diarios y un 8,3% refieren realizar 6 horarios de alimentación al día. Esto quiere decir que el 72,2% de los encuestados ha modificado positivamente sus hábitos de alimentación, en cuanto a horarios se refiere.

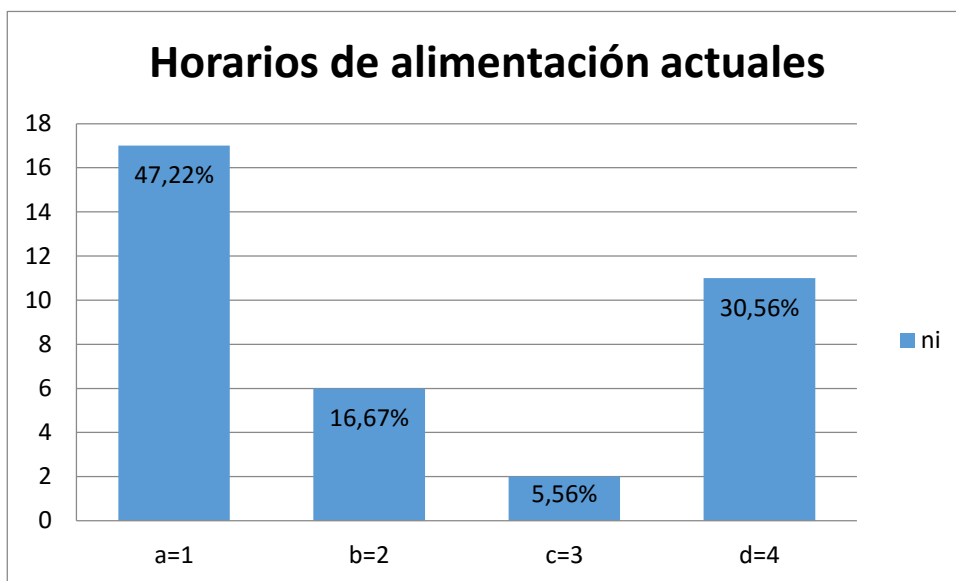
**Pregunta 3:** Indique las horas en las cuales realiza su alimentación

Código	Criterio
1	2 – 4 hrs. de diferencia
2	2 – 4 hrs. de diferencia con al menos 1 horario > 4 hrs. de diferencia
3	2 – 4 hrs. de diferencia con algún horario fuera del ciclo circadiano hormonal
4	Horarios irregulares y/o > 4 hrs. de diferencia.

Donde, criterios 1 y 2 no son concluyentes para determinación de mala adherencia ni riesgo de dumping, por lo que se califican con 2 puntos. Y los criterios 3 y 4 son considerados de mala adherencia, donde el criterio 4 es muy malo. Ambos se califican con 1 punto.

Crit.	ni	fi	fp	Fi
a=1	17	0,47	47,22	17
b=2	6	0,17	16,67	23
c=3	2	0,06	5,556	25
d=4	11	0,31	30,56	36
	36	1	100	

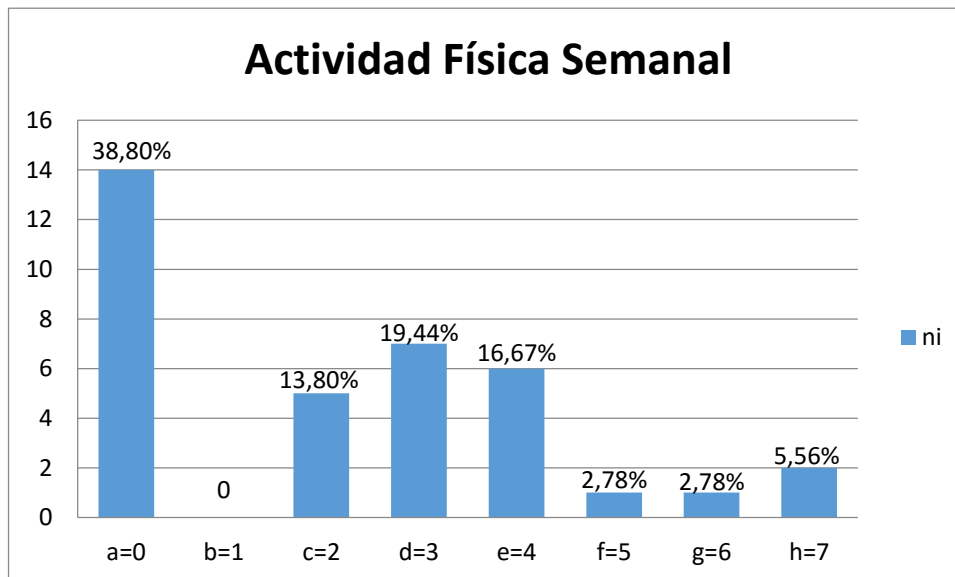




Otro de los puntos importantes al momento de calificar el cumplimiento del tratamiento nutricional es la diferencia existente entre los horarios de alimentación, debido a que si se registra un error en este aspecto como por ejemplo, una ingesta calórica fuera del ciclo circadiano hormonal, esto podría repercutir en un mantenimiento o, en el peor de los casos, un incremento del peso y grasa corporal, razón suficiente para que una persona termine por abandonar el tratamiento por no obtener resultados relevantes. Por este motivo, se ha considerado este aspecto fundamental en el instrumento de adherencia y los resultados arrojan que un 47,22% de los encuestados responden positivamente. Sin embargo, un alarmante 30,6% mantienen horarios irregulares y/o con diferencias superiores a 4 horas entre comidas.

**Pregunta 4:** ¿Cuántas veces a la semana realiza actividad física?

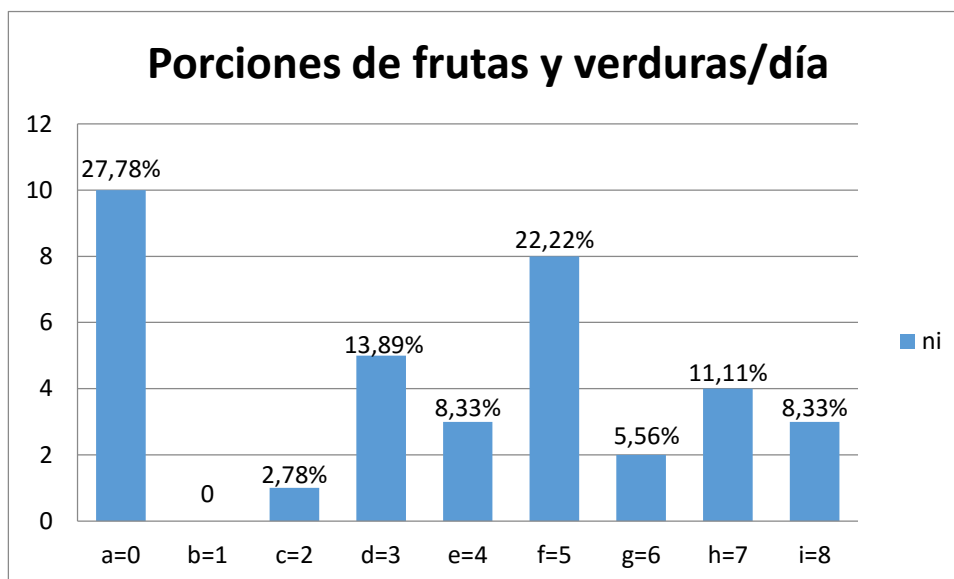
Resp.	ni	fi	fp	Fi
a=0	14	0,39	38,89	14
b=1	0	0	0	14
c=2	5	0,14	13,89	19
d=3	7	0,19	19,44	26
e=4	6	0,17	16,67	32
f=5	1	0,03	2,778	33
g=6	1	0,03	2,778	34
h=7	2	0,06	5,556	36
	36	1	100	



El 61,2% de los encuestados señala realizar algún tipo de actividad física, por lo menos 2 veces a la semana. Porcentaje del cual el 5,6% indica realizar actividad física 7/7 días. Sin embargo, el 38,8% restante señala no realizar actividad física.

**Pregunta 5:** ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume diariamente?

Resp.	ni	fi	fp	Fi
a=0	10	0,28	27,78	10
b=1	0	0	0	10
c=2	1	0,03	2,778	11
d=3	5	0,14	13,89	16
e=4	3	0,08	8,333	19
f=5	8	0,22	22,22	27
g=6	2	0,06	5,556	29
h=7	4	0,11	11,11	33
i=8	3	0,08	8,333	36
	36	1	100	



El 72,2% de los pacientes indican consumir entre 2 y 8 porciones de frutas y verduras y el 27,7% restante refiere no consumir ni uno ni otro producto. El 47,2% de los participantes señala consumir 5 o más porciones de frutas y verduras al día.

**Pregunta 6:** Si Ud. sintiese hambre entre comidas, ¿Qué hace en ese caso?

SAL SALUDABLE

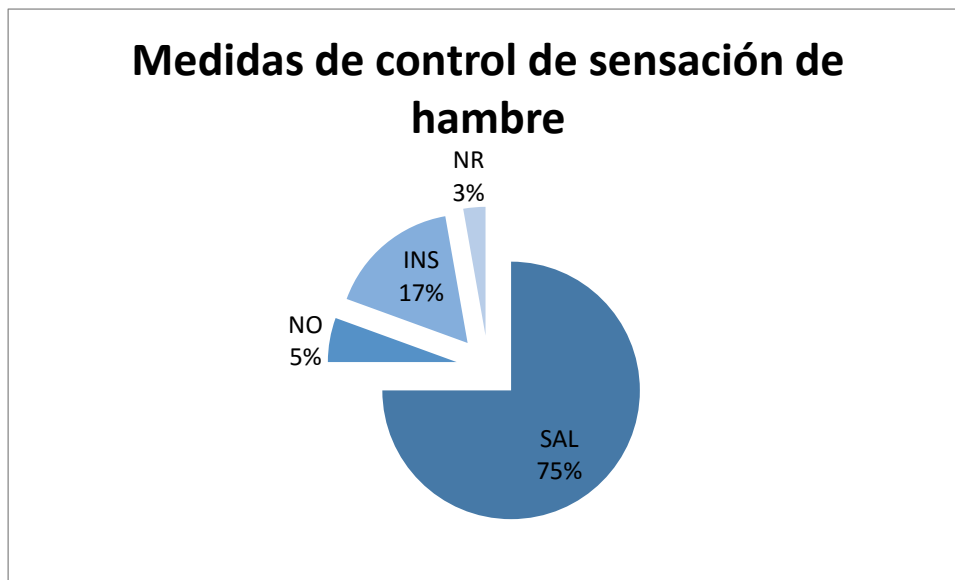
NO NO SIENTE HAMBRE

INS INSANO

NR NO RESPONDE

Resp	ni	fi	fp	Fi

SAL	27	0,75	75	27
NO	2	0,06	5,556	29
INS	6	0,17	16,67	35
NR	1	0,03	2,778	36
	36	1	100	

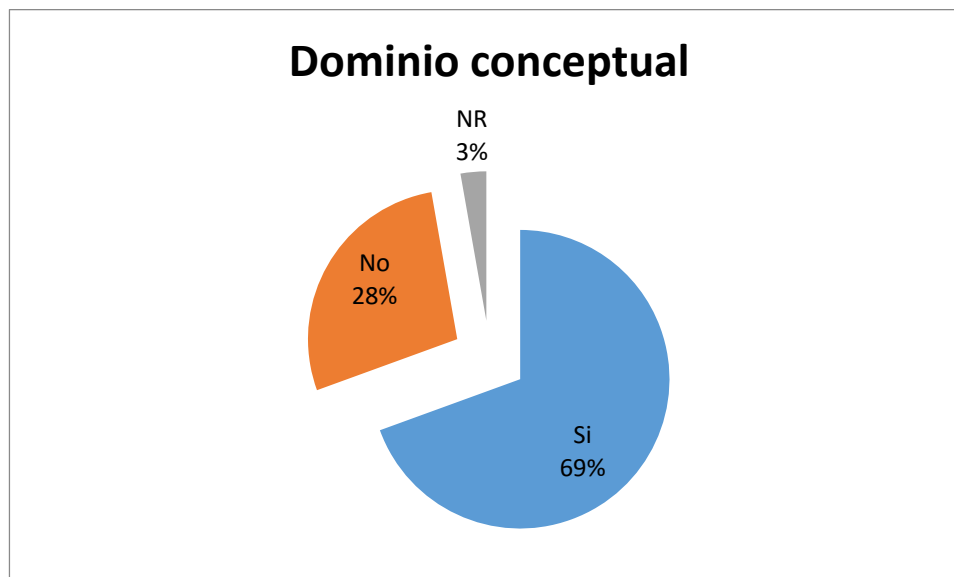


El 75% de los usuarios señalan sentir hambre entre comidas pero lo solucionan ingiriendo abundante líquido claro, frutas, ensaladas o algún lácteo. 5,6% de los pacientes refieren no sentir hambre entre comidas y el 16,6% de los encuestados mencionan soluciones no saludables a sus episodios de hambre como bebidas

azucaradas o barras de cereal ricas en azúcar. El 3% restante no responde a esta pregunta.

**Pregunta 7:** ¿Conoce el significado del concepto “Porción Alimentaria”?

Resp	ni	fi	fp	Fi
Si	25	0,69	69,44	25
No	10	0,28	27,78	35
NR	1	0,03	2,778	36
	36	1	100	

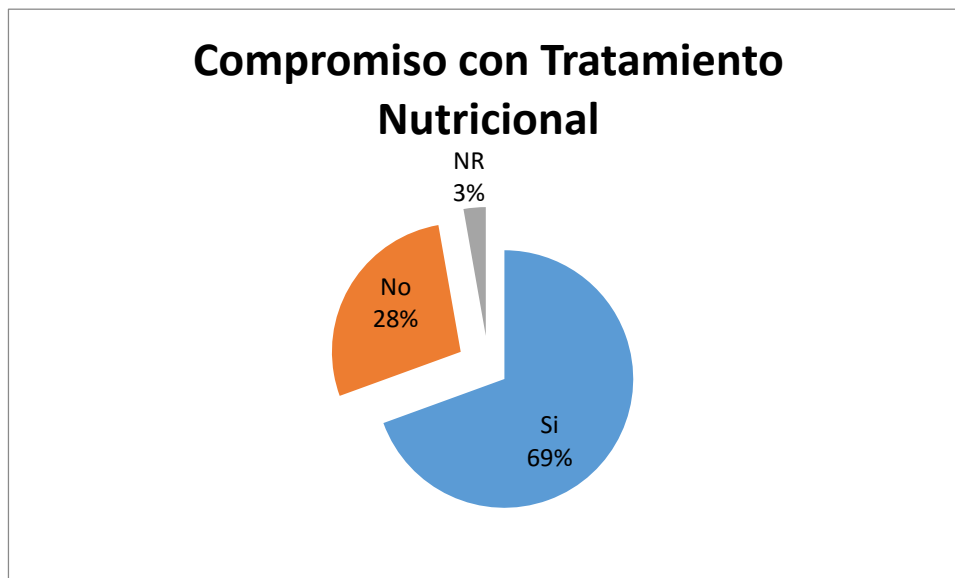


Domina el concepto de porción alimentaria puede marcar la diferencia entre el control de la ingesta y un balance energético positivo. En base a esto, el 69% de los participantes señala conocer el significado de este concepto, habiendo sido informado

por el profesional a cargo de su tratamiento y control. El 28% indica no conocer el significado del concepto y el #% restante no responde a esta pregunta.

**Pregunta 8:** ¿Se siente comprometido con su tratamiento?

Resp	ni	fi	fp	Fi
Si	25	0,69	69,44	25
No	10	0,28	27,78	35
NR	1	0,03	2,778	36
	36	1	100	



Por último, es importante conocer el nivel de compromiso de los usuarios con el tratamiento nutricional desde la perspectiva de propio paciente, a lo que se registra un 69% de pacientes comprometidos, un 28% no comprometido y un 3% no responde a esta pregunta.

### **Conclusiones.**

Según el puntaje otorgado a la calidad de las respuestas de los encuestados, encontramos que el 16,6% de los encuestados muestra una Muy Buena Adherencia (MBA), con puntajes iguales a 14 puntos. 38,8% presentan Buena Adherencia (BA) con puntajes que fluctúan entre 12 y 13 puntos. 8,3% de los participantes reflejan un Alto Riesgo de Abandono (ARA) con puntajes iguales a 11 puntos. 84,6% tiene Mala Adherencia (MA) con puntajes entre 8 y 10 puntos y Muy Mala Adherencia (MMA) para el 15,4% de los encuestados con puntaje de 7 puntos.

En este sentido, aquellos pacientes cuyos puntajes fluctúan entre 7 y 10 puntos se han identificado como No Adherentes al tratamiento nutricional y, por lo tanto, seleccionados para aplicar el segundo instrumento, destinado a identificar los factores influyentes en la no adherencia.

Cabe señalar que, para ser considerado paciente no adherente, es necesario haber sido calificado en 4 o más preguntas del instrumento, con puntaje igual a un punto, por



lo que hay pacientes que pueden no cumplir con alguna directriz básica de tratamiento pero partimos de la premisa de que alcanzar la perfección no implica necesariamente una mejor adherencia.

## RECOLECCIÓN DE DATOS INSTRUMENTO DE NO ADHERENCIA,

## ANÁLISIS DE TABLAS DE FRECUENCIA Y REPRESENTACIONES GRÁFICAS

### Dimensión 1: Factores Socioeconómicos

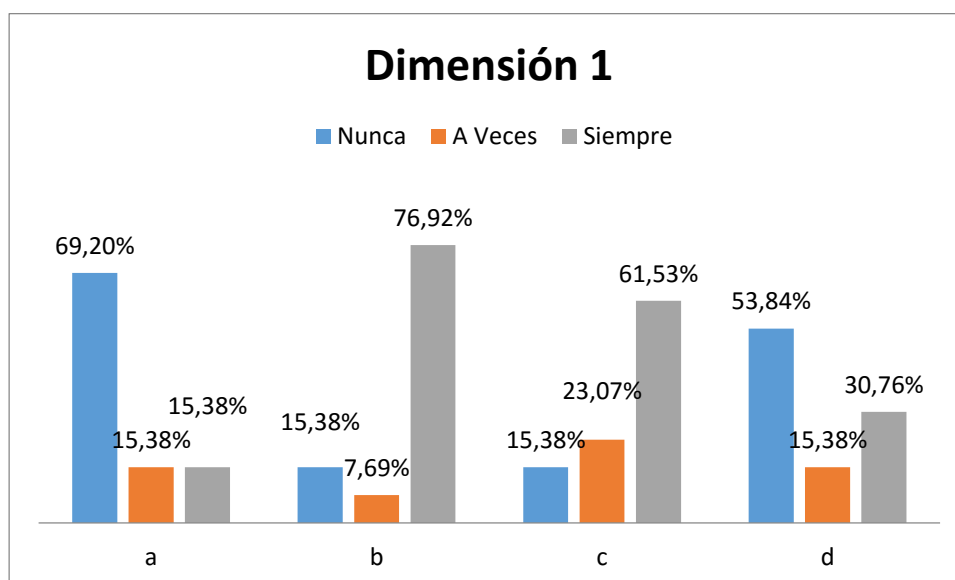
a.- Tiene su familia, disponibilidad económica para atender las necesidades básicas (salud, alimentación, educación, transporte etc.)

b.- Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados

c.- Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.

d.- Cuenta con el apoyo de su familia para cumplir el tratamiento.

N°Pregunta	Nunca	A Veces	Siempre
a	9	2	2
b	2	1	10
c	2	3	8
d	7	2	4



La dimensión 1, da indicios de que los pacientes encuestados tienen bastantes inconvenientes con adherir a un tratamiento nutricional cuando el costo de éste escapa del presupuesto familiar. Sobre todo cuando no se ha considerado tampoco el apoyo del grupo familiar, ya sea moral o económico.

**Dimensión 2:** Factores relacionados con el sistema y equipo de salud

e.- Las personas que lo atienden, responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento

f.-Se da cuenta que el profesional sigue su evolución, por las preguntas que le realiza

g. Encuentra dificultades en el acceso al sistema de salud para la toma de horas y o controles como compra de bonos u otros.

h.-Ha recibido información clara sobre los beneficios de cambiar sus hábitos y dieta por parte del profesional.

i.-Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de alimentación, de acuerdo con sus actividades diarias.

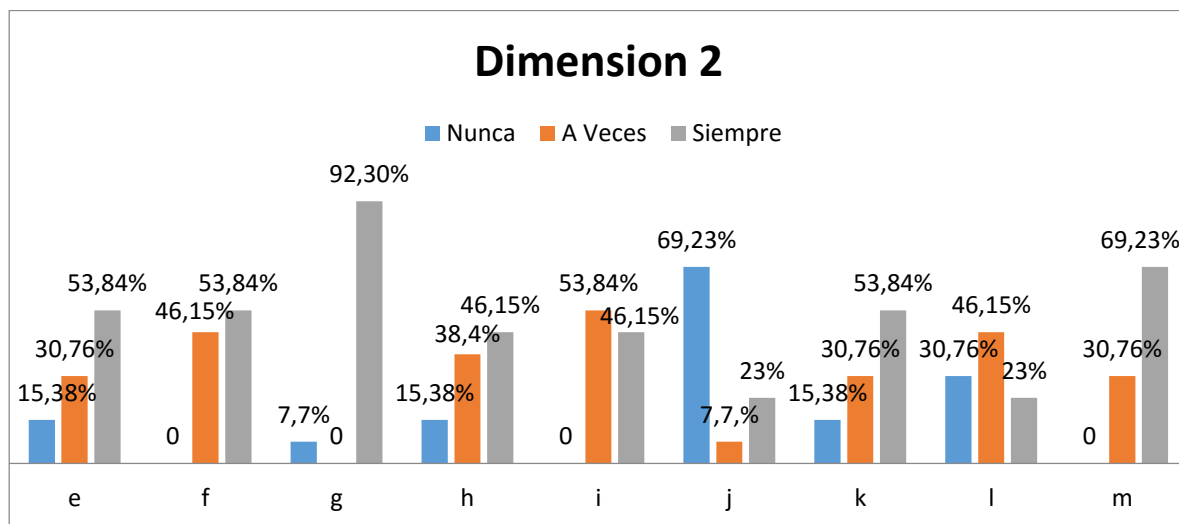
j.-En el caso de que ud. fallara en su tratamiento, cree que el profesional entendería sus motivos

k.-El profesional le explica en palabras sencillas su tratamiento y los resultados esperados

l.- El profesional toma en consideración factores tales como religión, cultura u otros al momento de entregarle el plan de alimentación.

m.-Comparte el profesional y ud. la esperanza de mejora con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.

N°Pregunta	Nunca	A Veces	Siempre
e	2	4	7
f	0	6	7
g	1	0	12
h	2	5	6
i	0	7	6
j	9	1	3
k	2	4	7
l	4	6	3
m	0	4	9



En cuanto a la segunda dimensión, los principales problemas radican en el acceso al sistema de salud, la poca confianza que deposita el paciente en el profesional, ya sea por la escasa complicidad lograda con este o por un trato demasiado jerárquico. Sin embargo, existe un tanto de contradicción con este punto cuando se consulta por la disposición del profesional a responder las inquietudes de los pacientes o la percepción ético profesional que éstos últimos tienen, de los profesionales que los atienden y controlan. Razones suficientes para sospechar que los pacientes intentan justificar su posible fracaso en el tratamiento.

### **Dimensión 3:** Factores relacionados con el tratamiento

n.- Sus ocupaciones durante el día, son un impedimento para seguir el tratamiento.

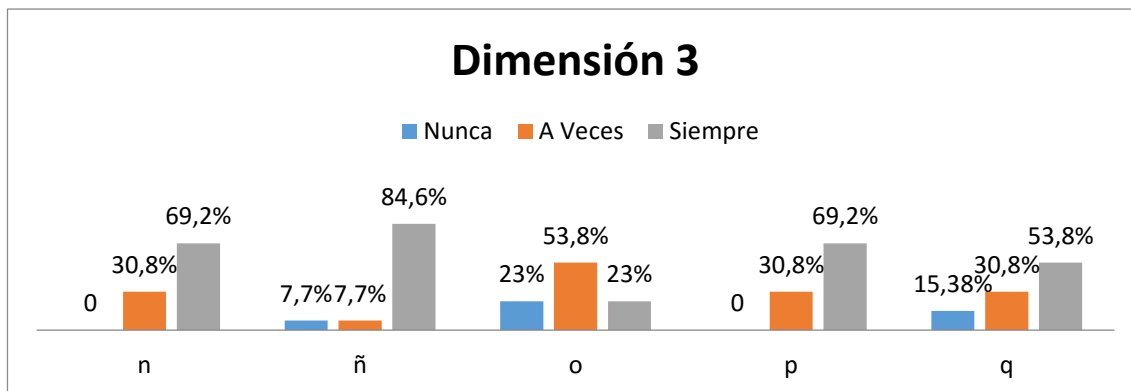
ñ.-La distancia a su centro de control, le dificultan el cumplimiento de sus citas.

o.-Tiene dudas acerca de los horarios y/o porciones de alimentos

p.- Ha presentado algún inconveniente para seguir el tratamiento.

q.- Tiene ud. costumbres sobre alimentos o estilos de vida, difíciles de cambiar.

N°Pregunta	Nunca	A Veces	Siempre
n	0	4	9
ñ	1	1	11
o	3	7	3
p	0	4	9
q	2	4	7



Respecto a los factores relacionados con el tratamiento o dimensión 3, recurrentemente se observa que las principales causas de no adherencia corresponden a la rutina laboral o académica, según sea el caso, o la poca claridad en cuanto a los horarios y

porciones alimentarias, lo que se condice con las respuestas a la pregunta sobre Dominio del concepto “porción alimentaria” del instrumento anterior. Sin embargo, la respuesta más recurrente de no adherencia en esta dimensión, es la que señala la distancia al centro de atención.

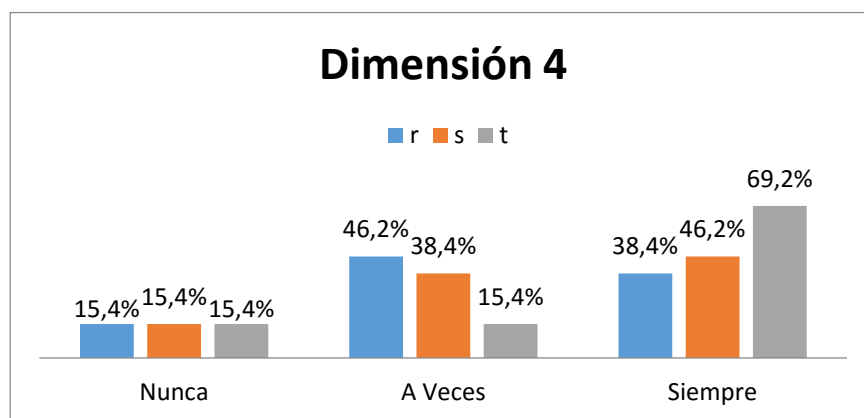
#### Dimensión 4: Factores relacionados con el paciente

r.-Está ud. convencido de que el tratamiento es beneficioso y pensaría retomararlo

s.- Le interesa conocer su condición de salud y como cuidarse

t.- Cree que Ud. es el principal responsable de cuidar su salud

N°Pregunta	Nunca	A Veces	Siempre
r	2	6	5
s	2	5	6
t	2	2	9



Finalmente, la dimensión 4 destaca que los pacientes reconocen no estar muy interesados en su condición de salud pero, de igual manera, reconocen también que son ellos los principales responsables de su estado nutricional y de salud.

### **Conclusiones.**

Teniendo en consideración los resultados de la aplicación de este segundo instrumento, podemos mencionar que los factores influyentes en la no adherencia a un tratamiento nutricional son aquellos relacionados con factores socioeconómicos, principalmente el costo de los alimentos incluidos en la prescripción, factores relacionados con el sistema de salud principalmente y factores personales, como el simple hecho de no querer aceptar la condición de salud, ni tampoco tener la motivación suficiente para querer modificar los hábitos adquiridos a lo largo de la vida. Respecto al tratamiento, la principal problemática es la distancia al centro de atención y control.



## **Capítulo V: Conclusiones y Discusión**

### **Discusión**

El objetivo principal de la investigación fue identificar los principales factores que se relacionan con la no adherencia al tratamiento hipocalórico en pacientes obesos tipo 1, para lo cual se analizaron diferentes investigaciones relacionadas con nuestro estudio, con el fin de sustentar y recoger toda la evidencia científica que nos pudiera ayudar a llevar a cabo nuestros objetivos.

La evidencia científica sugiere que, un estilo de intervención estandarizada o generalizada para cada paciente, no tendría un efecto significativo en las tasas de adherencia al tratamiento. Sin embargo, el diseño de intervenciones para mejorar la adherencia, centrada en el perfil del paciente, considerando sus motivaciones, recursos personales y estilo de vida, podría tener efectos muy significativos en la efectividad de un tratamiento. Por lo cual nuestro supuesto de investigación se respaldaría es estos estudios que arrojaron diferentes factores que influyen en la tasa de efectividad como lo son el nivel socioeconómico, factores relacionales con el sistema y equipo de salud, aquellos relacionados netamente con el tratamiento entregado y por último los que tienen relación con el paciente y su responsabilidad y compromiso que le entrega a un tratamiento nutricional.

Una de las falencias más importantes en la actualidad, se relaciona con un escaso trabajo participativo e interdisciplinario, el cual se ha trabajado mejorando los espacios de participación profesional-paciente, junto con políticas públicas de promoción y prevención en salud; pero se hace necesario y relevante fortalecer un nuevo enfoque que posea características holísticas, en donde se dé real importancia a emprender acciones más integrales, tanto en cada tratamiento como en los métodos de prevención y promoción de la salud, para una población heterogénea.

Aun se hace necesario realizar investigaciones que permitan generar estos hallazgos. Esta indagación, por tener un carácter cualitativo, ayuda a profundizar en el tema de investigación. Una de las grandes fortalezas sería, profundizar a cada paciente con enfermedades crónicas como la Obesidad, Diabetes Mellitus o enfermedades en las que el paciente tiene un rol fundamental en la aplicación del tratamiento.

En la actualidad, la salud enfrenta la tarea de responder de la mejor manera posible a la gran cantidad de pacientes y, se debe emplazar esfuerzos para mejorar la manera en que éstos enfrentan sus patologías, una de las cuales es la Obesidad y cómo los pacientes enfrentan el tratamiento y la adherencia a la toma de indicaciones del profesional de salud, que es uno de los aspectos más destacados en la actualidad.

Para el diseño de las intervenciones, los equipos nutricionales, médicos etc. podrían considerar el sentido particular de cada grupo con el fin de cumplir o no cumplir con dichas indicaciones. El sentido particular de un paciente tendrá relación con los

aspectos planteados en este estudio como el nivel socioeconómico su personalidad, motivaciones y el estilo de relación que se establece con el sistema de salud y con el profesional.

## **CONCLUSION FINAL**

Hay varios factores que influyen en la adherencia de manera directa o indirecta, como por ejemplo la familia, instituciones, economía etc.

Destacando en este estudio 4 factores el primero relacionado con el nivel socioeconómico, relacionado con el sistema y equipo de salud, relacionados con el tratamiento y el ultimo y no menos importante el relacionado con un factor personal que nos pueda ayudar y profundizar en futuras mejoras en la atención tanto a nivel de políticas públicas y de acceso a los servicios sanitarios, como seguimiento y monitoreo a cada paciente para prevenir abandono a un tratamiento nutricional.

Como profesionales de la salud creemos que la principal influencia de este estudio es la del equipo de salud y sistema en general, ya que si no ponemos todo de nuestra parte como el compromiso real, motivarlos, entusiasmarlos con la labor que realizamos y actualizarle constantemente los beneficios que tienen para su salud los cambios de hábitos, no podremos lograr una buena adherencia y el aprendizaje a futuro.

Por otro lado si bien es cierto la situación económica es un factor determinante a la hora de tomar o continuar un tratamiento nutricional, este factor se ve acrecentado a la hora de poder acceder al sistema de salud tanto a nivel burocrático como educacional.

Para finalizar cabe señalar un punto muy importante para poder asegurar la adherencia de un paciente, es necesario que se lleve una buena impresión con el fin de encantarlo, conocer sus características individuales de cada uno, asegurando una atención distinta y diferente a cada paciente ya que cada persona es diferente a la otra, situación definida por su origen socioeconómico, historial clínico familiar, sus creencias y costumbres, personas con quien vive actualmente, esto permitirá que se abra la confianza que reconozca en ellos a un ser cercano. Otro aspecto a considerar son las barreras comunicacionales, es necesario emplear un lenguaje claro y asequible, evitando los tecnicismos utilizando frases breves y claras, cuidar el tono de la voz y tener una relación simétrica profesional – paciente.

La salud se puede tomar como un reflejo de un estilo de vida, siendo este estimulado o desalentado por las estructuras de apoyo del individuo: familia, entorno social, equipos de salud, etc. Por ende una buena comunicación y confianza puede lograr avances significativos a la hora de continuar o no un tratamiento.

**ANEXOS:**

**Anexo N°1**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

**Encuesta sobre continuidad en un tratamiento Hipocalórico de reducción de peso.**

**Nombre:**

**Edad:**

**Instrucciones de llenado:**

- Indicar respuesta precisa en el espacio que corresponda.
- Indicar Sí o No según pregunta que corresponda; marcando con una X en el espacio que se indica.

**I Sección: Preguntas abierta**

1. ¿Cuántos horarios de alimentación tenía, antes de comenzar el tratamiento?	
2. ¿Cuántos horarios de alimentación realiza actualmente?	
3. Indique las horas en las cuales realiza su alimentación, señalando también el nombre del horario. (por ejemplo: Desayuno: 10hrs, colación: 12 hrs, etc.)	
4. ¿Cuántas veces a la semana realiza actividad física?	
5. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume durante el día?	
6. Si usted sintiese hambre entre comidas ¿Qué hace en ese caso?	

## II Sección: Preguntas cerradas

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
7. Conoce el significado del concepto "Porción alimentaria"?		
8. ¿Se siente comprometido con su tratamiento?		

## Calificación

N° Pregunta	RESPUESTAS / PUNTAJE	
1	<b>NO CALIFICABLE</b>	
2	Si < 4 = 1 Pto.	Si ≥ 4 = 2 Pts.
3	Si < 4 = 1 Pto.	Si ≥ 4 = 2 Pts.
4	Si < 2 ó < 1 = 1 Pto.	Si ≥ 2 = 2 Pts.
5	Si > 2 ó < 1 = 1 Pto.	1 ó 2 = 2 Pts.
6	Si solución es no saludable = 1 Pto.	Si solución es saludable = 2 Pts.
7	Si resp. NO = 1 Pto.	Si resp. SI = 2 Pts.
8	Si resp. NO = 1 Pto.	Si resp. SI = 2 Pts.

## Resultados

<b>14 puntos:</b>	<b>Muy Buena Adherencia (MBA)</b>
<b>Puntaje Intermedio:</b>	<b>Buena Adherencia (BA)</b>
<b>11 puntos:</b>	<b>Alto Riesgo de Abandonar (ARA)</b>
<b>Puntaje Intermedio:</b>	<b>Mala Adherencia (MA)</b>
<b>7 puntos:</b>	<b>Muy Mala Adherencia (MMA)</b>

Las respuestas obtenidas de la aplicación de dicho instrumento, han sido tabuladas de la siguiente manera:

COD. PACIENTE	NOMBRE PACIENTE	NUMERO DE PREGUNTA/PTJE. ASIGNADO												PUNTAJE TOTAL	CLASIFICACIÓN				
		1		2		3		4		5- PREG		6				7		8	
		RESP	PTJE	RESP	PTJE	RESP	PTJE	RESP	PTJE	CRIT	PTJE	RESP	PTJE			RESP	PTJE	RESP	PTJE
1	CECILIA CORONADO	3	0	5	2	4	2	3	2	2	2	SAL	2	SI	2	SI	2	14	MBA
2	GABRIEL RIVEROS	4	0	6	2	3	1	3	2	1	2	NO	2	SI	2	SI	2	13	BA
3	GLADYS RUIZ	3	0	6	2	2	1	5	2	1	2	NO	2	SI	2	SI	2	13	BA
4	GLADYS SEPULVEDA	2	0	5	2	7	2	3	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	14	MBA
5	SEBASTIAN RIVERA	3	0	6	2	3	1	3	2	2	2	NR	0	NR	0	NR	0	7	MMA
6	TATIANA GONZALEZ	3	0	5	2	4	2	7	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	14	MBA
7	VANIA NAVARRETE	3	0	5	2	0	1	8	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
8	AISQUEL DÍAZ	3	0	4	2	2	1	5	2	2	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
9	BEHITA ORELLANA	3	0	5	2	3	1	7	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
10	CAMILA REY	3	0	4	2	0	1	3	2	3	1	SAL	2	SI	2	SI	2	12	BA
11	CARLOS ARGOMEDO	3	0	3	1	3	1	0	1	4	1	INS	1	NO	1	NO	1	7	MMA
12	CAROLINA BAEZ	3	0	4	2	0	1	0	1	4	1	SAL	2	NO	1	NO	1	9	MA
13	DAMARIS CERDA	3	0	3	1	0	1	7	2	4	1	INS	1	SI	2	SI	2	10	MA
14	DANIELA DURAN	3	0	4	2	3	1	5	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
15	FABIOLA OJEDA	3	0	4	2	7	2	4	2	4	1	INS	1	SI	2	NO	1	11	ARA
16	FRANCISCO TORREALBA	3	0	5	2	2	1	5	2	2	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
17	GUIDO OLAVE	3	0	3	1	4	2	0	1	4	1	SAL	2	NO	1	SI	2	10	MA
18	JAVIERA TORO	4	0	5	2	0	1	6	2	1	2	INS	1	SI	2	SI	2	12	BA
19	JEANELY TOLEDO	3	0	5	2	4	2	7	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	14	MBA
20	JEANETTE MARTÍNEZ	3	0	4	2	0	1	6	2	4	1	INS	1	SI	2	NO	1	10	MA
21	JESSICA LARA	3	0	4	2	2	1	0	1	1	2	SAL	2	NO	1	NO	1	10	MA
22	JULIO ACEVEDO	3	0	5	2	0	1	2	2	3	1	SAL	2	SI	2	NO	1	11	ARA
23	KATHERINE CABEZAS	4	0	4	2	0	1	0	1	4	1	SAL	2	NO	1	SI	2	10	MA
24	KATIA PUEYES	3	0	4	2	0	1	0	1	1	2	SAL	2	NO	1	NO	1	10	MA
25	LILIANA CARO	4	0	4	2	0	1	0	1	4	1	SAL	2	NO	1	SI	2	10	MA
26	LORENA SEGUY	3	0	4	2	2	1	8	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
27	MARCIA PIZARRO	3	0	3	1	6	2	0	1	4	1	SAL	2	NO	1	NO	1	9	MA
28	MARÍA LARA	3	0	3	1	4	2	4	2	2	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
29	MARIBEL MALDONADO	3	0	5	2	0	1	8	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
30	PATRICIA CASTILLO	3	0	5	2	3	1	5	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
31	PATRICIA FIGUILLEN	4	0	4	2	0	1	0	1	1	2	SAL	2	NO	1	NO	1	10	MA
32	PATRICIA VERGARA	4	0	4	2	0	1	0	1	4	1	INS	1	NO	1	NO	1	8	MA
33	ROSA DURAN	3	0	3	1	0	1	5	2	4	1	SAL	2	SI	2	SI	2	11	ARA
34	SEBASTIAN CUELLAR	3	0	5	2	3	1	4	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	13	BA
35	TAMARA MOLINA	3	0	4	2	5	2	5	2	2	2	SAL	2	SI	2	SI	2	14	MBA
36	VIVIANA ESPINOZA	3	0	5	2	4	2	5	2	1	2	SAL	2	SI	2	SI	2	14	MBA

De izquierda a derecha, la tabla contiene, primera columna correspondiente al código otorgado a cada paciente. La siguiente columna indica el nombre del paciente y, seguida a esta, se señala el número de cada pregunta que compone el instrumento, en la parte superior. Cada celda en la cual se encuentra el número de la pregunta, está dividida en dos filas. La fila de la izquierda, corresponde a la respuesta del paciente en

dicha pregunta y la fila adyacente corresponde al puntaje que se le ha otorgado a cada respuesta, según los criterios señalados en el instrumento más arriba.

Es importante señalar que el instrumento está dividido en dos secciones. Una de preguntas abiertas y otra de preguntas cerradas. Sin embargo, la sección de preguntas abiertas también se divide. De ello se obtiene que, las preguntas cuyos números son: uno, dos, cuatro y cinco, arrojan opciones numéricas como respuesta. Por ello, se han reagrupado al momento de tabular, con el objetivo de que este proceso resulte más sencillo y, por lo tanto, se han considerado a las preguntas uno, dos, cuatro y cinco con números correlativos, los cuales son uno, dos, tres y cuatro, dejando a las preguntas tres y seis los número cinco y seis respectivamente. Así es como se han presentado en la tabla. Las respuestas 7 y 8 por consiguiente, mantienen su numeración original.

La pregunta tres (cinco en la tabla) se ha tabulado de la siguiente manera:



Tabulación pregunta 3: Horarios de alimentación

Cod. Pcte.	Desayuno	Colación	Almuerzo	Colación	Once	Colación	Cena	Colación	Criterio
1	8:00	11:00	13:30		16:00		21:00		2
2	9:00	11:30	14:00		17:30		21:00		1
3	6:00	9:00	12:30		16:00		20:00	0:00	1
4	7:00	10:00	14:00		17:00		20:00		1
5	5:00	8:00	12:00		16:00	20:30	22:00		2
6	8:00	11:00	14:00		17:00		20:00		1
7	8:00	12:00	14:00		17:00		21:00		1
8	7:00	11:00			18:00			5:30	2
9	8:00	11:00	14:00		18:00		22:00		1
10	8:00	12:00	15:00		21:00				3
11	8:00		13:00		20:00				4
12	7:00		16:00				20:30	23:00	4
13	7:00		13:00		18:00			21:00	4
14	9:00	13:00	17:00				21:00		1
15	10:00		16:00		20:00			6:30	4
16	8:00	11:00	14:30				20:00	0:00	2
17	8:00		14:00		19:00				4
18	9:00		13:00		17:00	20:30	23:00		1

Cod. Pcte.	Desayuno	Colación	Almuerzo	Colación	Once	Colación	Cena	Colación	Criterio
19	8:00	10:30	13:30		17:00		20:00		1
20	10:30		15:00		19:00		0:00		4
21	8:00	11:30	15:00		19:00				1
22	7:00	10:30	13:00		19:00		22:00		3
23	8:00		13:00		21:00			2:00	4
24	9:00	11:00	14:00		18:00				1
25	8:00		13:00		18:00		22:00		4
26	8:00	12:00	14:00		18:00				1
27	10:30		15:00		21:00				4
28	8:00		12:00			18:00	21:00		2
29	8:00	11:00	13:30		17:00		21:00		1
30	8:00	11:00	14:30		18:00		22:00		1
31	8:30	12:00	15:00		19:00				1
32	8:00		13:00		18:00		22:00		4
33	9:00		13:00		20:00				4
34	8:00		12:00	15:00	19:00		21:30		1
35	9:00		12:00		18:00			22:00	2
36	9:00		13:00	17:00	20:00	22:00			1

Código	Criterio
1	2 – 4 hrs. de diferencia
2	2 – 4 hrs. de diferencia con al menos 1 horario > 4 hrs. de diferencia
3	2 – 4 hrs. de diferencia con algún horario fuera del ciclo circadiano hormonal
4	Horarios irregulares y/o > 4 hrs. de diferencia.

Donde, criterios 1 y 2 no son concluyentes para determinación de mala adherencia ni riesgo de dumping, por lo que se califican con 2 puntos. Y los criterios 3 y 4 son considerados de mala adherencia, donde el criterio 4 es muy malo. Ambos se califican con 1 punto.

Cabe señalar antes, cada paciente ha sido calificado según la calidad de sus respuestas. En base a esto, se ha identificado trece pacientes con mala o muy mala adherencia al tratamiento hipocalórico y, entre ellos, también a aquellos pacientes con alto riesgo de abandonar el tratamiento nutricional.

## Anexo N°2

### Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento hipocalórico de reducción de peso.

N°:  
Nombre:  
Dirección:  
Teléfono:

Fecha:  
Edad:

#### Instrucciones:

Lea atentamente y marque con una X en la columna que corresponda a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación particular.

<b>Factores Influyentes</b> <b>I Dimensión: Factores socioeconómicos</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
1.- Tiene su familia disponibilidad económica para atender las necesidades básicas (salud, alimentación, educación, transporte etc.)			
2.- Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
3.- Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
4.- Cuenta con el apoyo de su familia para cumplir el tratamiento.			

<b>II Dimensión:</b> <b>Factores relacionados con el sistema y equipo de salud</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
5.- Las personas que lo atienden, responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
6.- Se da cuenta que el profesional sigue su evolución, por las preguntas que le realiza.			
7.- Encuentra dificultades en el acceso al sistema de salud para la toma de horas y/o controles como compra de bonos u otros.			
8.- Ha recibido información clara sobre los beneficios de cambiar sus hábitos y dietas por parte del profesional.			

9.- Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de alimentación, de acuerdo con sus actividades diarias.			
10.- En el caso de que usted fallara en su tratamiento, cree que el profesional entendería sus motivos.			
11.- El profesional le explica en palabras sencillas su tratamiento y los resultados esperados.			
12.- El profesional toma en consideración factores tales como religión, cultura u otros al momento de entregarle el plan de alimentación.			
13.- Comparte el profesional y usted la esperanza de mejorar con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			

<b>III Dimensión: Factores relacionados con el tratamiento</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
14.- Sus ocupaciones durante el día, son un impedimento para seguir el tratamiento.			
15.- La distancia a su centro de control, le dificulta el cumplimiento de sus citas.			
16.- Tiene duda acerca de los horarios y/o porciones de alimentos.			
17.- Ha presentado algún inconveniente para seguir el tratamiento.			
18.- Tiene usted costumbres sobre alimentos o estilos de vida, difíciles de cambiar.			

<b>IV Dimensión: Factores relacionados con el paciente</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
19.- Esta usted convencido de que el tratamiento es beneficioso y pensaría retomarlo.			
20.- Le interesa conocer su condición de salud y como cuidarse.			
21.- Cree que usted es el principal responsable de cuidar su salud.			

Como se muestra en el anterior instrumento, este se caracteriza en cuatro dimensiones.

- **La primera dimensión, corresponde a factores socioeconómicos,** factor importante en un país con un crecimiento económico desacelerado y, por consiguiente, una elevada tasa de desempleo lo que, claramente, repercute de una u otra manera en la participación de las personas en cualquier actividad que implique costos de segunda o tercera categoría, si hablamos de prioridades económicas. (Brosens C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. 12(3):116-117)
- **La segunda dimensión corresponde a factores relacionados con el equipo de salud y sistema de salud.** Actualmente nuestro país y, principalmente nuestra población, refleja un claro descontento con las políticas de salud vigentes y los costos de ésta en relación con los beneficios y errores cometidos por algunos profesionales, por lo que este aspecto resulta muy necesario de evaluar. (Brosens C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. 12(3):116-117)
- **La tercera dimensión hace referencia al tratamiento como tal.** Esta dimensión, claramente resulta útil de valorar, debido a que, en nuestra experiencia, cuando el paciente se frustra o no le es posible continuar un tratamiento, se excusa en la poca atención recibida por los profesionales de salud (desde su propia perspectiva) o en que se le aplicó un tratamiento poco efectivo. Sin embargo, debemos estar claros también de que, en muchos casos,

si es efectivo que los profesionales no utilizan las mejores estrategias para abordar a un paciente con claros trastornos alimentarios. (Brosens C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. 12(3):116-117)

- **La cuarta y última dimensión involucra al propio paciente**, su visión frente al tratamiento y su compromiso con este, además de la conciencia que el paciente tiene frente a su estado de salud y nutrición y la responsabilidad con la que asume su situación. (Brosens C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. 12(3):116-117)

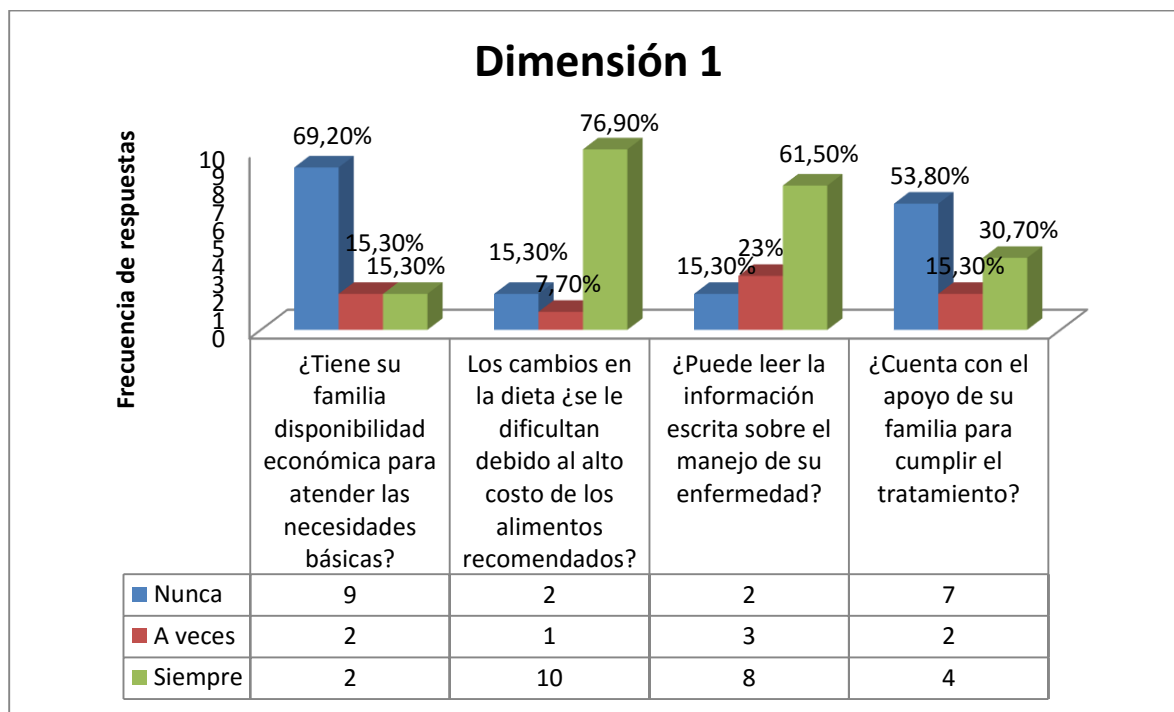
Los resultados de éste instrumento se han tabulado de la siguiente manera:

## Resumen de resultados

### Instrumento de Factores que influyen en la adherencia al tratamiento hipocalórico de reducción de peso.

Análisis de resultados según dimensión.

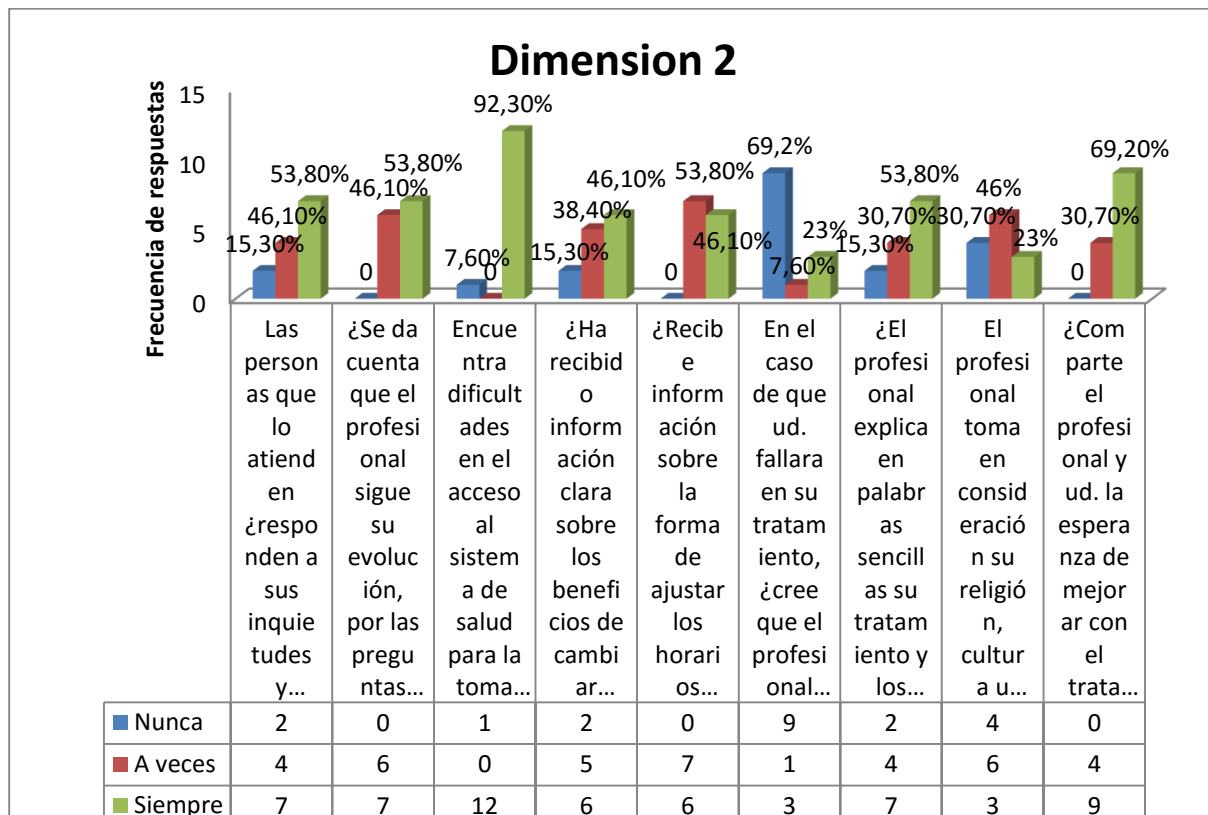
Dimensión 1: Socioeconómico				
Pregunta	Código	Nunca	A veces	Siempre
¿Tiene su familia disponibilidad económica para atender las necesidades básicas?	1	9	2	2
Los cambios en la dieta ¿se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?	2	2	1	10
¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?	3	2	3	8
¿Cuenta con el apoyo de su familia para cumplir el tratamiento?	4	7	2	4



Dimensión 2: Sistema y equipo de salud				
Pregunta	Código	Nunca	A veces	Siempre
Las personas que lo atienden ¿responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?	5	2	4	7
¿Se da cuenta que el profesional sigue su evolución, por las preguntas que le realiza?	6	0	6	7

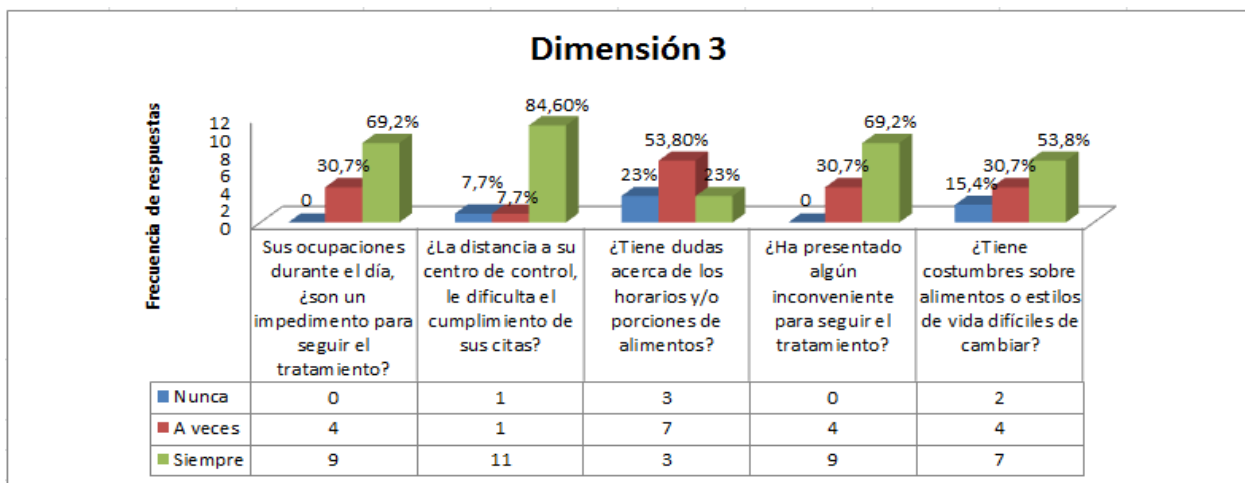


Encuentra dificultades en el acceso al sistema de salud para la toma de horas y/o controles como compra de bonos u otros	7	1	0	12
¿Ha recibido información clara sobre los beneficios de cambiar sus hábitos y dietas por parte del profesional?	8	2	5	6
¿Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de alimentación, de acuerdo con sus actividades diarias?	9	0	7	6
En el caso de que ud. fallara en su tratamiento, ¿cree que el profesional entendería sus motivos?	10	9	1	3
¿El profesional explica en palabras sencillas su tratamiento y los resultados esperados?	11	2	4	7
El profesional toma en consideración su religión, cultura u otros factores, al momento de entregar su plan de alimentación?	12	4	6	3
¿Comparte el profesional y ud. la esperanza de mejorar con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?	13	0	4	9

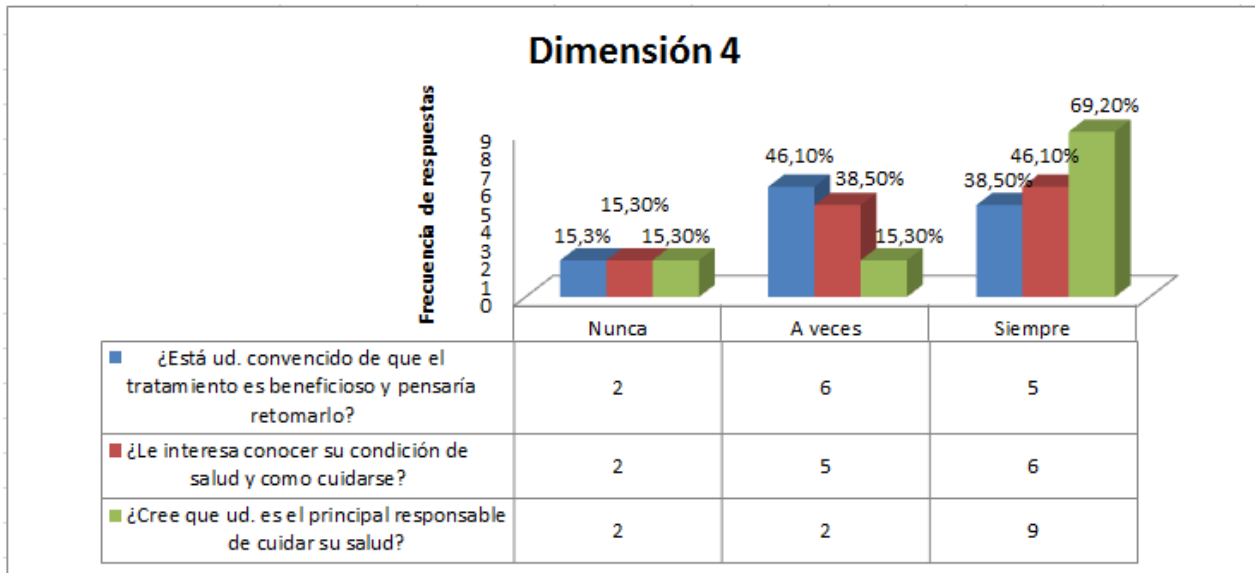


Dimensión 3: Tratamiento				
Pregunta	Código	Nunca	A veces	Siempre
Sus ocupaciones durante el día, ¿son un impedimento para seguir el tratamiento?	14	0	4	9
¿La distancia a su centro de control, le	15	1	1	11

dificulta el cumplimiento de sus citas?				
¿Tiene dudas acerca de los horarios y/o porciones de alimentos?	16	3	7	3
¿Ha presentado algún inconveniente para seguir el tratamiento?	17	0	4	9
¿Tiene costumbres sobre alimentos o estilos de vida difíciles de cambiar?	18	2	4	7



Dimensión 4: Paciente				
Pregunta	Código	Nunca	A veces	Siempre
¿Está ud. convencido de que el tratamiento es beneficioso y pensaría retomarlo?	19	2	6	5
¿Le interesa conocer su condición de salud y como cuidarse?	20	2	5	6
¿Cree que ud. es el principal responsable de cuidar su salud?	21	2	2	9



De lo anterior y observando las respuestas en el mismo orden de dimensiones propuesto, se deduce que el 69,2% de los pacientes señala que provienen de familias que no disponen solvencia económica para costear necesidades básicas, por lo que se les dificulta mantener su tratamiento desde este punto de vista. Bajo esta premisa, el 53,8% de los encuestados refiere que no cuentan con el apoyo económico de sus familias para financiar el tratamiento ni las costas que éste conlleva. El 76,9% de los pacientes, indican que, además, los cambios de su dieta se dificultan aún más por el alto costo de los alimentos recomendados por los profesionales del centro médico. Esto, sumado al punto anterior, evidentemente traerá consigo una inevitable deserción del tratamiento en algún momento. Cabe mencionar que el 76,9% de los pacientes posee un nivel académico suficiente para comprender las bases de su tratamiento.

El 53,8% de los pacientes, señala estar conforme con las respuestas a inquietudes y dificultades por parte de las personas y profesionales que los atienden pero, el mismo porcentaje de pacientes indica que no han recibido clara información acerca de la forma como ajustar los horarios de alimentación de acuerdo a sus actividades diarias pero el 38,4% de los encuestados, coinciden en que sí han recibido información sobre los beneficios de cambiar sus hábitos tanto de alimentación como de actividad física. Un 69,2% señala que, en caso de fallar en el tratamiento, el profesional a cargo no entendería sus motivos. Sin embargo, el 100% de los encuestados refieren comprender

que el profesional mantiene un seguimiento de su evolución, aunque a distinta escala de percepción.

El 92,3% de los pacientes encuentra dificultad en cuanto al acceso al sistema de salud, haciendo referencia a la reserva de horas y adquisición de bonos de atención principalmente.

Un no menor 46,1% de los pacientes indican que el profesional no considera factores como religión, cultura u otros al momento de otorgar un plan de alimentación.

Respecto a la dimensión relacionada con el tratamiento, 69,2% de los pacientes refieren que sus ocupaciones diarias son el detonante de las dificultades presentadas al momento de seguir ordenadamente se tratamiento y un 84,6% señala que la distancia al centro de adhesión impide la asistencia a alguna citación del profesional. Un 53,8% de los participantes indica tener hábitos complejos y demasiado arraigados que son imposibles de modificar.

## **Anexo N°3**

### **Directrices del tratamiento nutricional, pacientes obesos Centro Medico CORPUS.**

Consta de la modificación de los hábitos alimentarios el aprender a alimentarse correctamente según volúmenes porciones y frecuencia horaria.

Los planes de alimentación son estandarizados en el orden y la variación de alimentos (intercambio de alimentos) en donde se va modificando las porciones y calorías según sexo, edad, talla y diferencia de peso.

Las pautas alimentarias tienen 4 comidas principales: desayuno, almuerzo, once y comida. Mas una quinta comida que sería la merienda de media mañana. Dentro de este esquema pueden surgir colaciones intermedias según horario de trabajo, deportes, estudios etc. Analizando cada caso según requerimiento.

Esquema: Desayuno – colación – almuerzo – once – comida.

#### **Ejemplo de Pauta Alimentaria:**

##### **Desayuno: 7-9 de la mañana:**

Te o café solo o cortado con leche descremada + 2 rebanadas de pan de molde blanco o integral o 4 galletas de soda, integrales o de salvado o 1 pan pita blanco o integral + 30 gramos de quesillo o 2 cdtas. De mermelada light o 1-2 rebanadas de jamón de ave + 200 ml de líquido light (agua, te de hierba, jugo sin azúcar.)

**Colación: 11am**

Yogurt normal 125cc o 1 barra de cereal o un jugo normal (normal o light depende de hipoglicemias, ansiedad presentadas y/o requerimientos diarios)

**Almuerzo: 12-14pm**

100 o 200grs de pollo, pavo, vacuno magro o 1 tarro de atún al agua o pescado. Huevo, mas jamón de ave entre otros + 3 porciones de verduras + 1 porción de fruta natural o cocida sin azúcar + 200ml de líquido light (agua, te o café sin azúcar, agua de hierba, mineral etc.) +  $\frac{3}{4}$  taza de arroz blanco o integral, fideos, 2u papas pequeñas. Legumbres (1 vez por semana) CHO a modificar según cada caso deporte, trabajo, estudio etc.

**Once: 16-17pm**

Te o café solo o cortado con leche descremada + 2 rebanadas de pan de molde blanco o integral o 4 galletas de soda, integrales o de salvado o 1 pan pita blanco o integral + 30grs de quesillo o 2cdtas de mermelada light o 1-2 rebanadas de jamón de ave + 200ml de líquido light (agua, te de hierba, jugo sin azúcar)



### **Comida: 20-22pm**

100 o 200grs de pollo, pavo, vacuno magro o 1 tarro de atún al agua, pescado. 1 huevo más 3 rebanadas de jamón entre otros. + 3 porciones de verduras + 1 porción de fruta natural o cocida sin azúcar + 200ml liquido light (agua, te o café sin azúcar, agua de hierba, mineral etc.) +  $\frac{3}{4}$  taza de arroz blanco o integral, fideos, 2u papas pequeñas. Legumbres (1 vez por semana) CHO a modificar según cada caso deporte, trabajo, estudio etc.

**El protocolo de atención es igual que en cualquier centro de reducción de peso como:**

- Primero responder encuesta y/o recordatorio 24hrs cada control según tiempo y disponibilidad.
- Entrega de pautas alimentarias en cada control semanal con las modificaciones pertinentes.
- Pesaje en cada control.
- Toma de IMC ideal y objetivo del paciente (se le pregunta a cada paciente su peso objetivo que él quiere llegar y se compara con el ideal que nosotros calculamos) y se le explica la importancia del peso ideal sobre el objetivo si es que está muy alejado al límite saludable de cada persona.

- Se les enseña y entrega las porciones de cada producto de alimentos. Frutas, verduras, CHO. etc.
- Consejería de actividad física y motivación a realizarla 3 veces por semana de 40 a 60 minutos c/u según corresponda.
- Modificados según patologías (HTA, hipo e hipertiroidismo u otras) manejadas por la parte medica con apoyo nutricional.

Como en todo plan de alimentación esta también modificado según cuadros como las diarreas regímenes blandos, sin residuos etc. Como también cuadros gripales en donde la alimentación es normo calórico según fuese el caso hasta controlar los síntomas. En resumen todo se puede modificar dependiendo cada paciente con cuadros de RGE, diarrea, gastritis, resfríos, patologías crónicas etc.

**Anexo N°4**

Consentimiento Informado para el Estudio de los

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOCALORICO EN OBESOS ADULTOS TIPO I, ATENDIDOS EN CENTRO MEDICO CORPUS”**

**Santiago de Chile 2016**

La finalidad del estudio es caracterizar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento nutricional contra la obesidad identificando e interpretándolos, con el fin de poder mejorar la asesoría nutricional y aportar una mirada más amplia a la necesidad para un tratamiento exitoso, incorporar todos los aspectos tanto profesional como de los pacientes. Por tal motivo le invito a leer este documento y realizar las preguntas e inquietudes que le surjan con el fin de transparentar esta carta.

La invitación a responder esta encuesta es de carácter voluntario y sus respuestas no cambiarían al trato en la atención y acceso al tratamiento nutricional. Leído esto lo(a) invito a participar o no del estudio según su propia decisión.

Yo.....con Rut.....

Después de conocer el interés de realizar una investigación en torno a los posibles factores que podrían influir en la no adherencia al tratamiento hipocalórico en pacientes obesos tipo 1, doy mi consentimiento para participar en ella y ofrecer toda la información que sea necesaria para el estudio.

**Firma:.....**

## **Bibliografía.**

1. M. Donis, MT. Torres, D. Orozco, J. Merino, F. Piñeiro, V. Gil (1997). Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente. ELSEVIER (20) (8)
2. Martín Alfonso (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. SCielo (30)(4)
3. Alan M. Delamater (2006). La mejora de la adherencia del paciente. Clinical Diabetes (24)(2): 71-77
4. Fuster Valentín (2012). Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Revista española de cardiología (65)(2): 10-16
5. Ana Ibáñez, Ana Laura Meroni y Luisa Saravia (s.f.). Adherencia al tratamiento nutricional en enfermedades crónicas.
6. Organización Mundial de la Salud (2016). Obesidad y Sobrepeso. 311
7. Gobierno de Chile (2015). Ministerio de Salud.
8. Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y MINSAL, Indicadores Básicos de Salud Chile 2013.
9. Ministerio de Salud (MINSAL) (2011), Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

10. Organización Mundial de la Salud (Revisión 2015). Guía para el monitoreo y la evaluación de las actividades de colaboración TB/VIH.
11. Dra. Mónica Fuentes (2008). Importancia de la Adherencia al Tratamiento en las Enfermedades Crónicas, Acapulco, Guerrero.
12. Dr. José Ramón Ara. (2009). Adherencia en las enfermedades crónicas. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
13. Vidalma del Rosario Bezares S., Reyna María Cruz B., Magaly Burgos de Santiago, Martha Eugenia Barrera B (2012). Evaluación del estado de nutrición en el ciclo vital humano, México.
14. Brosens C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. 12(3):116-117